

## ENCUESTA DE SALUD

Esta encuesta es para ayudarnos a evaluar el estado de su salud. Reconocer un problema es el primer paso hacia la curación.

---

### **FAVOR DE TRAER ESTA ENCUESTA CADA VEZ QUE REGRESE.**

Yo no diagnostico ni trato ningún tipo de condición o enfermedad.

Nota: Favor de consultar a su médico y *no suspenda* un medicamento prescrito sin su consentimiento.

Las medicinas homeopáticas, aceites esenciales, y esencias florales no son tóxicos en lo general y se pueden usar con las medicinas recetadas; no hacen daño en compañía con las drogas.

Las hierbas pueden ser comida, tónicos, o medicinas fuertes que posiblemente tengan secuelas con algunas medicinas (las que se compran sin receta “over-the-counter” y las que se recetan por médicos). Siempre pregunte acerca de las complicaciones. Generalmente recomiendo alimentos o tónicos de hierbas que no hacen conflicto.

Para cancelar una cita: Se requiere aviso de por lo menos 24 horas.

Para hacer su próxima cita: <https://daveshealth.com/appointment-with-dave/>

#### Tienda de Salt Lake

880 E. 3900 S.

801.268.3000

Si tiene preguntas, no dude en llamarme entre las horas de 12:00 p.m. y 12:45 p.m. Por favor, comprenda que tengo que limitar cada llamada a cinco minutos o menos.

---

EN TODA CONDICIÓN DE SALUD O ENFERMEDAD, USE SU SENTIDO COMÚN  
Y CONSULTE A SU MÉDICO O A UN PROFESIONAL DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_ am pm  
(Puede mentir en cuanto a su edad, pero necesito saber el día exacto de nacimiento)

Profesión: \_\_\_\_\_

Sexo: (Género asignado al nacer)  Hombre  Mujer

Si es mujer, señale todo lo pertinente:

Pre-pubertad (no tiene menstruación)

Tiene menstruación (menstruating)

Si no tiene menstruación, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días entre cada regla? \_\_\_\_\_

Mi período de menstruación es:

Regular  Irregular  Sangrado abundante  Dolores fuertes

Síndrome pre-menstrual (PMS)

Aborto espontáneo - ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Infertilidad

Anticonceptivo químico - ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Embarazada - ¿con cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Amamantando - ¿la edad del bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuántos embarazos? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que dio a luz? \_\_\_\_\_

Menopáusica (menopause)

Terapia hormonal sustitutiva (hrt) - tipo \_\_\_\_\_

Histerectomía parcial

Histerectomía total

Sequedad (dryness)

Sofocos (hot flashes) - ¿cada cuánto? \_\_\_\_\_

Descripción de los sofocos incluyendo la hora del día cuando ocurren:

\_\_\_\_\_

Nota: El desequilibrio hormonal de todo tipo incluye síntomas emocionales como la irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, problemas de memoria y concentración, cambios del deseo sexual, llanto, etc.

## MEDICAMENTOS RECETADOS

El nombre del medicamento, el año cuando comenzó, por cuánto tiempo se ha usado, la razón por la que se toma:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

Nota: Los antiácidos (bloqueadores de ácidos) impiden los ácidos estomacales necesarios para la digestión normal y frecuentemente causan o contribuyen a la anemia, la absorción de minerales, y osteoporosis. La acidez estomacal puede ser señal de irritación estomacal, no de demasiado ácido. Solamente da la impresión de tener mucho ácido.

**MEDICAMENTOS SIN RECETA (“Over-the-counter”)**

Nombre del medicamento, el año cuando comenzó, por cuánto tiempo,  
la razón por la que se toma:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**SUPLEMENTOS NATURALES (Hierbas, etc.)**

Nombre del suplemento, razón por tomarlo

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

(Se pueden anotar suplementos adicionales al otro lado de esta página)



## Circunstancias sociales:

Soy...

- Soltero(a) (single)
- Tengo pareja (partner) ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Casado(a) (married) ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Divorciado(a) (divorced) ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Enviudado(a) (widowed) ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Conflictos con cónyuge o parientes? \_\_\_\_\_

Si tiene pareja, ¿salen regularmente para divertirse? (go on dates)

- Sí
- No

Si la respuesta es sí, ¿con cuánta frecuencia? (how often)

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana (1x week)
- Con poca frecuencia (infrequent)
- Casi nunca (almost never)

¿Le agrada su pareja (do you like your partner)? \_\_\_\_\_

A veces las personas aman a sus parejas pero no necesariamente les agradan. Una vez un hombre sabio determinó que nuestro interés por alguien se puede medir por el tiempo, energía, y dinero que invertimos en él/ella. ¿Se está engañando con su relación? Nuestras relaciones pueden mejorar o quebrar nuestra salud. Haga un compromiso con su pareja para salir por lo menos una vez a la semana.

## Intimidad:

Mi deseo sexual es: (sex drive)

- Bajo
- Mediano
- Mucho

¿En las últimas semanas o meses, ha habido cambios en sus hábitos o deseos sexuales?  
(change in desire)

- Sí
- No

- Tengo menos interés en el sexo (less)
- Tengo más interés en el sexo (more)

## Eliminación - hábitos de evacuación (bowel habits):

¿Cuántas veces al día hace una deposición (BM)? \_\_\_\_\_ ¿a la semana? \_\_\_\_\_  
 ¿menos que a la semana? \_\_\_\_\_  Usa laxantes

Sufre usted de . . .

- Hemorroides       Diarrea     Crohn's     IBS (síndrome de colon irritable)  
 Pólipos            Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## Salud emocional/espiritual:

¿Cuánto tiempo al día conversa con su ser interior o con Dios? (Este tipo de actividad puede incluir la oración, la meditación, el estudio de las escrituras sagradas, etc.) Esto forma parte de su salud física tal como cualquier otra actividad.

- Todos los días (every)       Una vez a la semana       Ocasionalmente       Casi nunca (none)

## Hora de dormir (sleep):

Por lo general, ¿a qué hora duerme (go to sleep)? \_\_\_\_\_ pm am

Por lo general, ¿a qué hora despierta (wake up)? \_\_\_\_\_ am pm

¿Por cuántas horas duerme cada noche? \_\_\_\_\_ (hours of sleep)

La calidad del sueño es:  Reparadora  Inquieta

Marque todas las situaciones que aplican:

Despierto frecuentemente durante la noche. ¿Hora? \_\_\_\_\_ (waking)

Me es difícil dormirme (getting to sleep)

Tengo que orinar durante la noche. ¿Cuántas veces \_\_\_\_\_ (urinate)

## Ejercicio (exercise):

¿Con cuánta frecuencia hace ejercicio?

Cada día (daily)

2 – 4 veces a la semana

una vez a la semana

Ocasionalmente (occasional)

Nunca, llevo una vida sedentaria (never)

¿Por cuánto tiempo hace ejercicio cada vez (how long)? \_\_\_\_\_

El ejercicio como el respirar profundamente, masajean los órganos internos. Si Ud. no hace ejercicio, comience a caminar por 20 minutos al día.

**Peso (weight):**

¿Ha experimentado cambios de peso en los últimos dos años? (weight changes) \_\_\_\_\_

¿Cuánto (how much)? \_\_\_\_\_

Metas para el peso (goals):\_- \_\_\_\_\_

**Enfermedades:** ¿Cuáles son y cuál es el tratamiento? (medicamentos, etc.) (diseases)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Lesiones:** ¿Qué tipo de lesión y cuándo ocurrió? (injuries)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Cirugías:** ¿Qué tipo de cirugía y cuándo la tuvo? (surgeries)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**TRAUMAS:** Antiguos traumas que le cambiaron la vida. No he estado bien desde que

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ me pasó a mí.

Antes yo era \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y ahora soy \_\_\_\_\_.



## **Hábitos de dieta:**

**La comida que beneficia.** Lo que comemos afecta todo aspecto de la salud - física, mental, emocional, y espiritual. Debe Ud concentrarse en las comidas que edifican para poder sanar el cuerpo de las enfermedades serias y para tener más energía. Si las comidas crudas le producen gases, cocínelas al vapor o directamente. Hay que usar estas comidas como base de todo lo que se come. Marque todas las comidas que come en general:

- Comidas orgánicas (organic)
- Vegetales
- Vegetales verdes (green)
- Comidas crudas (raw)
- Frutas frescas y maduras
- Semillas y nueces crudas (nuts, seeds)

**Las comidas que se comen simplemente para el mantenimiento** son las que en general no mejoran la salud en particular. Se deben usar con moderación. Marque todas las comidas que generalmente come.

- Panes (use granos integrales) breads
- Alimentos cocidos - cooked foods
- Comida picante/condimentada - spicy foods
- Las carnes - meats
- Legumbres - legumes
- Leche y sus derivados - dairy
- Algunas comidas congeladas - frozen foods

\*Las comidas que se deben eliminar para prevenir alergias son el trigo, la leche y sus derivados, los dulces y las gaseosas.

Marque todas las sustancias que generalmente usa.

- Tabaco -tobacco
- Alcohol --alcohol
- Comida rápida -fast food
- Medicinas sin receta -over the counter drugs
- Medicinas recetadas -drugs
- Las drogas de recreación -recreational drugs
- Crema de cacahuete -peanut butter
- Comidas procesadas -processed foods
- Estimulantes -stimulants
- Cerdo -pork
- Azúcar -sugar
- Gaseosas -soda pop
- Margarinas -margarine
- Alimentos enlatados -canned foods
- Café -coffee
- Alimentos fritos -fried foods

Antojo de comidas \_\_\_\_\_  
(cravings)

Sensibilidad alimenticia \_\_\_\_\_  
(sensitivities)

Alimentos que quiere evitar \_\_\_\_\_  
(foods avoid)

PARA EL PERSONAL DE LA OFICINA - DEJE EN BLANCO

Natural Supplements for support:

Multivitamins \_\_\_\_\_

Vitamin D \_\_\_\_\_

Minerals \_\_\_\_\_

Fish Oil or Vegetarian EFA \_\_\_\_\_

Greens \_\_\_\_\_

Antioxidants: Resveratrol    Grape Seed Extract    Pycnogenol    Vitamin C

Probiotics \_\_\_\_\_

Fiber \_\_\_\_\_

Protein \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY – LEAVE BLANK Date: \_\_\_\_\_  
GENERAL HEALTH STRATEGIES: