

THE FUNCTIONAL METHOD

FORMULARIO DE CONSULTA

DATOS PERSONALES

Nombre Completo:

Celular:

Fecha de Nacimiento / /

Ocupación:

Religión:

¿Cómo se enteró de nosotros?

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- | | |
|---|---|
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ Diabetes |
| ☐ Dolor de rodilla / enfermedad degenerativa | ☐ Olvidos o deterioro de memoria |
| ☐ Dolor lumbar o cervical | ☐ Fatiga crónica |
| ☐ Artritis | ☐ Problemas respiratorios |
| ☐ Síntomas digestivos | ☐ Problemas de sueño |
| ☐ Problemas cardiovasculares | ☐ Dolor neuropático |
| ☐ Hipertensión | ☐ Problemas de la piel |
| ☐ Ansiedad y/o depresión | ☐ Tiroides |
| | ☐ Paratiroides |

¿Otras enfermedades no mencionadas? Agregue la fecha de diagnóstico

¿Qué medicamentos y/o suplementos esta tomando actualmente?
Incluya dosis y frecuencia

PADECIMIENTO ACTUAL

¿Cuál es su principal motivo de consulta y cuáles son sus metas?

¿Con qué frecuencia lo presenta?

☐ Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Ocasional

En una escala del 1-0 ¿cómo califica su dolor/malestar? (1 = leve, 10 = severo)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10