

THE HAYDEN INSTITUTE

FOR HEALTH, NUTRITION, AND REHABILITATION

Bienvenidos a The Hayden Institute!

Acerca de Nosotros: Nos especializamos en Medicina Holística Complementaria y Alternativa, ofreciendo enfoques no invasivos y libres de medicamentos para la atención personalizada del paciente. Nuestros profesionales con licencia y certificados están capacitados en diversas técnicas, incluyendo enfoques estructurales, neurológicos, meridianos y nutricionales para el bienestar. Nuestra misión es guiar y orientar a los pacientes en el logro de sus objetivos de salud y bienestar considerando las causas subyacentes de la disfunción sintomática.

Horarios de Citas: Entendemos el valor de su tiempo y nos esforzamos por cumplir con el horario establecido. Esto garantiza que tenga un inicio y final claro para su cita, lo que le permite planificar adecuadamente y recibir su tiempo completo programado con el médico. Las visitas a la oficina generalmente siguen el siguiente formato: Examen de Nuevo Paciente - 40 minutos, Informe de Hallazgos (2da visita) - 30-40 minutos, Visitas de Pacientes Establecidos - 15-20 minutos. Los pacientes que no han sido vistos en la oficina durante más de 12 meses, o que han experimentado un cambio significativo en su estado de salud, pueden ser programados para tiempo adicional para realizar una Reevaluación y una Visita de Paciente Establecido.

Seguro: Durante su primera visita, nuestro personal de oficina recopilará información de su seguro para determinar cualquier posible gasto de su propio bolsillo según su cobertura. Como la cobertura del seguro no garantiza el pago en la oficina, se recogerá un depósito (\$75 para nuevos pacientes, \$80 para pacientes existentes) en cada visita para ser aplicado hacia cualquier pago de co-seguro hasta que se determine el reembolso del seguro. El pago se debe al momento del servicio, y aceptamos efectivo, cheque y tarjetas de crédito.

Sin seguro/Sin cobertura: Para individuos sin seguro o con planes de deducibles altos, ofrecemos servicios médicos con descuento a través de programas de descuento médico (CHUSA o ECS). Estos programas, que van desde \$15 a \$49 por año, cubren al jefe de familia y a todos los dependientes. Estos programas de descuento médico permiten a los miembros ser elegibles para visitas al consultorio a tarifas fijas (\$75 para la visita de nuevos pacientes, \$80 para visitas de pacientes existentes), lo que proporciona una mejor estimación de los gastos de bolsillo. Suplementos, pruebas de laboratorio y otros servicios adicionales a la visita al consultorio no están incluidos como parte del programa de descuento médico.

Cancelaciones: Solicitamos amablemente un aviso de 24 horas si necesita reprogramar o cancelar su cita. Si bien entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas, tenga en cuenta que cancelaciones repetidas sin un aviso suficiente pueden resultar en una tarifa (\$70 para pacientes existentes, \$210 para nuevos pacientes) después de tres ocasiones. Esta política nos permite atender a otros pacientes en nuestra lista de espera y mantener una programación eficiente.

Referencias: Apreciamos enormemente las referencias que recibimos, con más del 90% de nuestros pacientes provenientes de recomendaciones de familiares, amigos y compañeros de trabajo. A medida que experimente mejoras, le animamos a compartir su éxito e invitar a sus seres queridos a unirse a usted en su viaje hacia la salud.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido la información anterior y acepta las políticas de The Hayden Institute.

Firma: _____ Fecha: _____

THE HAYDEN INSTITUTE

FOR HEALTH, NUTRITION, AND REHABILITATION

Queremos que esté bien informado sobre nuestros objetivos, filosofías y qué esperar de nosotros en términos de su salud y bienestar. Nuestro enfoque se centra en la creencia de que la nutrición y un sistema nervioso que funcione correctamente son cruciales para la salud óptima. Nuestro objetivo es restaurar la salud de manera natural, sin depender de medicamentos o cirugías siempre que sea posible. A través de una combinación de técnicas estructurales, nutricionales, meridianas y neurológicas, nos esforzamos por equilibrar los sistemas de su cuerpo y apoyar sus capacidades recuperativas inherentes. Es importante señalar que no afirmamos tratar o curar enfermedades o condiciones específicas. Con nuestras certificaciones y licencias en Texas, ofrecemos servicios de salud especializados y sin comparación para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de bienestar.

Resultados: Durante sus visitas, nos enfocamos en promover la salud natural al estabilizar sus sistemas estructural, neurológico, meridiano y nutricional. Los tiempos de curación varían debido a factores individuales, y los resultados pueden ser desde cambios rápidos hasta cambios graduales en los síntomas. Diferentes condiciones pueden responder de manera diferente, lo que hace que el tiempo de respuesta sea impredecible. Nuestro enfoque en The Hayden Institute ha demostrado beneficios significativos para muchas dificultades médicas. A lo largo de su programa de salud, le proporcionaremos información integral para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

Pruebas diagnósticas: Nos especializamos en analizar los aspectos estructurales, neurológicos, meridianos y nutricionales del cuerpo humano para restablecer la función óptima. Para identificar desequilibrios, pueden ser necesarias pruebas adicionales como resonancia magnética (MRI), radiografías, análisis de sangre, análisis de heces o pruebas de orina. Le ayudaremos a obtener estas pruebas al costo más asequible posible. Recibirá copias de los resultados para sus registros personales. Tenga en cuenta que las pruebas de imagen y de laboratorio se realizan fuera de nuestra oficina.

Consentimiento informado - Servicios en la oficina: Al firmar esta página, otorga permiso a The Hayden Institute para utilizar técnicas médicas complementarias y alternativas, como quiropráctica, terapia de meridianos, ejercicios de rehabilitación, terapia con láser de bajo nivel, suplementación nutricional, modificación dietética y/o otros servicios según sea necesario, para ayudarlo a alcanzar el nivel de bienestar deseado. Nos basamos en su historial médico, documentación, pruebas diagnósticas y examen físico para respaldar su recuperación y prevenir lesiones adicionales, teniendo en cuenta cualquier lesión, enfermedad o condición patológica previamente diagnosticada que haya revelado.

Consentimiento Informado - Documentación: Esta autorización otorga consentimiento para el uso de su información de audio, video y escrita, cumpliendo con las pautas de HIPAA (sin revelar nombres o direcciones completas), con el fin de completar su historial médico, para investigación, presentaciones, material promocional y otras aplicaciones de la oficina, si se considera adecuado y sin compensación. Los testimonios pueden ser editados si es necesario para su distribución impresa y en línea.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto todas las declaraciones anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

THE HAYDEN INSTITUTE

FOR HEALTH, NUTRITION, AND REHABILITATION

INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AA)	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
CORREO ELECTRÓNICO:		RECIBIR NEWSLETTER: S N	
TELÉFONO :		TELÉFONO CELULAR:	
EDAD:	ESTATURA:	PESO:	OCUPACIÓN:
ESTADO CIVIL: C V D S		EMBARAZADA: S N	NOMBRE PREFERIDO:
TIPO DE SANGRE: A B AB O		QUIÉN LO REFIERE:	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD:

HAGA UNA LISTA DE SUS PROBLEMAS DE SALUD EN ORDEN DE SEVERIDAD	CALIFIQUE LA SEVERIDAD 1= MÍN. 10= MÁX.	CUÁNDO EMPEZÓ EL PROBLEMA?	HA TENIDO ÉSTO ANTES?	% DEL DÍA QUE LOS SÍNTOMAS ESTÁN PRESENTES?	MEJOR? IGUAL? EMPEORÓ?

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO (POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS RESULTADOS CON USTED O ENVÍENOS UN FAX AL 281.469.8997)

TIPO DE EXÁMEN (SANGRE,ORINA,RAYOS X, MRI, CT, Etc)	FECHA DEL EXÁMEN	RESULTADOS

¿HA RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO DE ALGÚN DOCTOR? S N

¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO? _____

¿QUIÉN LO HIZO? _____

ACTIVIDADES DIARIAS: DESCRIBA DE QUÉ MANERA ESTOS SÍNTOMAS AFECTAN SU VIDA DIARIA

THE HAYDEN INSTITUTE

FOR HEALTH, NUTRITION, AND REHABILITATION

ACCIDENTES, CIRUGÍAS, HOSPITALIZACIONES, LESIONES, TRAUMAS MAYORES

ÁREA DEL CUERPO	FECHA DE LA LESION

OTROS MÉDICOS QUE HA VISTO

NOMBRE:	ESPECIALIDAD:
NÚMERO DE TELEFONO:	
RAZÓN DE VERLO(A):	
LE AYUDÓ?	TODAVÍA VE A ESTE DOCTOR (A)?
QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIÓ?	

NOMBRE:	ESPECIALIDAD:
NÚMERO DE TELEFONO:	
RAZÓN DE VERLO(A):	
LE AYUDÓ?	TODAVÍA VE A ESTE DOCTOR (A)?
QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIÓ?	

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: (USTED, PADRES, HERMANOS, HIJOS – ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

- | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|
| TDA/TDAH | DEFECTOS GENÉTICOS | NEUMONÍA |
| ARTRITIS | PROBLEMAS DE AUDIO (NO RELACIONADOS CON LA EDAD) | SINDROME PIERNAS INQUIETAS |
| ASMA | PROBLEMAS DEL CORAZÓN | CONVULSIONES |
| PROBLEMAS IMMUNOLÓGICOS | HEPATITIS | PENSAMIENTOS/ACCIONES SUICIDAS |
| DESORDEN BIPOLAR | HERNIA | PROBLEMAS DE TIROIDES |
| PROBLEMAS DE SANGRADO | PROBLEMAS DEL HÍGADO | TEMBLORES |
| PRESIÓN ARTERIAL | PROBLEMAS DE LA MEMORIA | TUMORES/MASAS |
| CANCER | NÁUSEA/VÓMITO | PROBLEMAS VISUALES |
| ENFERMEDADES DE NIÑEZ | PROBLEMAS NEUROLÓGICOS | OTRO _____ |
| FATIGA CRÓNICA | ADORMECIMIENTO MUSCULAR | OTRO _____ |
| DIABETES | OSTEOPOROSIS/DENSIDAD | |
| MAREO | ÓSEA | |
| PROBLEMAS EMOCIONALES | MARCA PASOS | |
| FIBROMIALGIA | | |

METAS DE SALUD: QUÉ DESEA LOGRAR AL SER PACIENTE DE ESTA OFICINA?

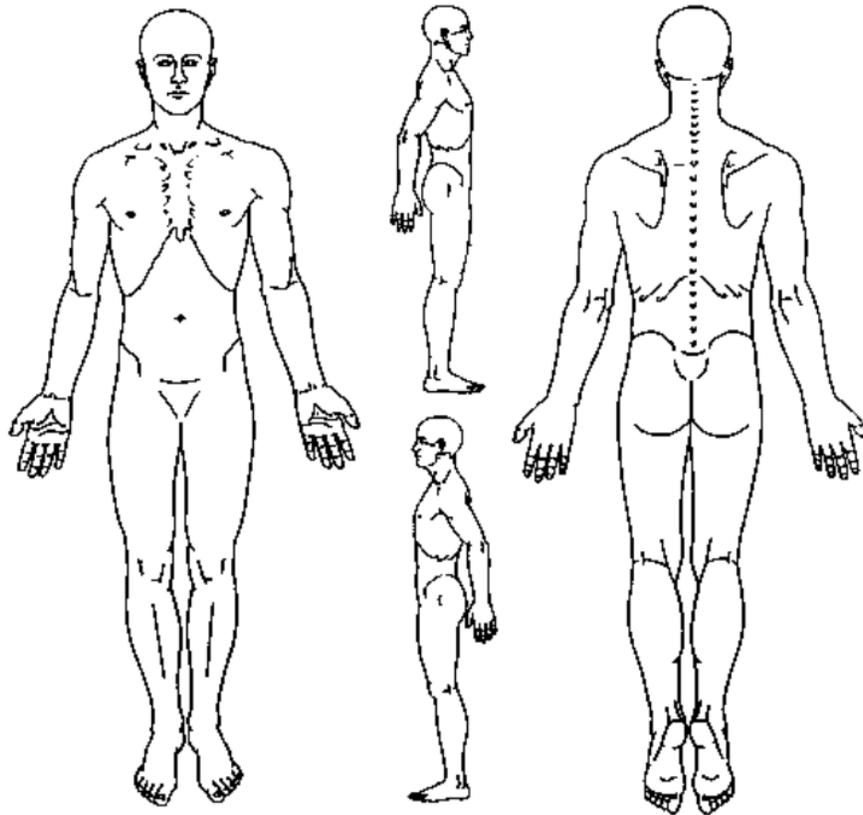
HE LEÍDO Y ACEPTO LAS PÁGINAS “POLÍTICA” Y “CONSENTIMIENTO INFORMADO” PROPORCIONADAS. CONSENTIMIENTO A UN EXAMEN FÍSICO, Y POSTERIORES SESIONES DE NUTRICIÓN Y REHABILITACIÓN EN EL CONSULTORIO. ENTIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA CON RESPECTO AL PAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
 (FIRMA DEL PADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

THE HAYDEN INSTITUTE

FOR HEALTH, NUTRITION, AND REHABILITATION

Nombre: _____ Fecha: _____



INSTRUCCIONES:

- Dolor (P)** Indique las zonas de dolor y señale la gravedad del mismo.
(0 = sin dolor, 10 = dolor extremo)
- Cicatrices** Dibuje un zig-zag sobre las áreas donde tiene cicatrices, incluso si son muy antiguas o difíciles de ver. No olvide las cesáreas, episiotomías, cicatrices de vacunación, cirugías, piercings, tatuajes, cirugías estéticas, vasectomías, estrías, etc. Anote la edad aproximada en la que se hizo cada cicatriz.
- Cirugía** Rodee con un círculo la ubicación de cualquier cirugía, incluidas las cirugías exploratorias, laparoscopias, extracciones dentales, conductos radiculares, etc. Escriba el año de la cirugía en el dibujo.
- Metal Interno** Coloque un cuadrado alrededor de cualquier objeto metálico interno, como clavijas quirúrgicas, placas de metal, reemplazos de cadera, etc.

Formulario de Valoración Metabólica™

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

PARTE I

Enumere las 5 principales preocupaciones de salud en orden de importancia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

PARTE II

Marque con un círculo el número apropiado "0 - 3" en todas las preguntas a continuación.
0 como la menos preocupante/nunca a 3 como la más preocupante/siempre.

Categoría I					
Siente que los intestinos no se vacían por completo	0	1	2	3	
Dolor abdominal inferior al eliminar heces o gas	0	1	2	3	
Constipación y diarrea alternadas	0	1	2	3	
Diarrea	0	1	2	3	
Constipación	0	1	2	3	
Heces duras, secas, o pequeñas	0	1	2	3	
Lengua saburral de restos "extraños" en la lengua	0	1	2	3	
Eliminación de una gran cantidad de gases con mal olor	0	1	2	3	
Más de 3 evacuaciones intestinales diarias	0	1	2	3	
Uso frecuente de laxantes	0	1	2	3	
Categoría II					
Aumento de la frecuencia de reacciones a los alimentos	0	1	2	3	
Reacciones impredecibles a los alimentos	0	1	2	3	
Dolores musculares, dolor, e hinchazón en todo el cuerpo	0	1	2	3	
Inflamación abdominal impredecible	0	1	2	3	
Hinchazón y distensión frecuente después de comer	0	1	2	3	
Intolerancia abdominales a azúcares y almidones	0	1	2	3	
Categoría III					
Intolerancia a los olores	0	1	2	3	
Intolerancia a las joyas	0	1	2	3	
Intolerancia de champú, loción, detergentes, etc	0	1	2	3	
Sensibilidad de olor y múltiples sensibilidades químicas	0	1	2	3	
Erupciones constante de la piel	0	1	2	3	
Categoría IV					
Eructos o hinchazón abdominal excesivos	0	1	2	3	
Gases inmediatamente después de una comida	0	1	2	3	
Aliento desagradable	0	1	2	3	
Dificultad para evacuar los intestinos	0	1	2	3	
Sensación de estar lleno durante y después de las comidas	0	1	2	3	
Dificultad para digerir frutas y verduras; alimentos no digeridos en las heces	0	1	2	3	
Categoría V					
Molestia, dolor, o ardor de estómago 1-4 horas después de comer	0	1	2	3	
¿Utiliza antiácidos con frecuencia?	0	1	2	3	
Siente hambre una hora o dos después de comer	0	1	2	3	
Ardor de estómago cuando se recuesta o se inclina hacia adelante	0	1	2	3	
Alivio temporal con antiácidos, comida, leche, o bebidas carbonadas	0	1	2	3	
Los problemas digestivos se alivian con reposo y relajación	0	1	2	3	
Ardor estomacal a causa de comidas picantes, chocolate, cítricos, pimientos, alcohol, y cafeína	0	1	2	3	
Categoría VI					
Las fibras duras y la fibra en general provocan constipación	0	1	2	3	
Indigestión y sentirse lleno que dura 2-4 horas después de comer	0	1	2	3	
Dolor o sensibilidad en el lado izquierdo debajo de la caja torácica	0	1	2	3	
Eliminación excesiva de gases	0	1	2	3	
Náuseas y/o vómitos	0	1	2	3	
Heces no digeridas, con mal olor, tipo mucosidad, grasosas, o sin forma	0	1	2	3	
Orinar con frecuencia	0	1	2	3	
Aumento de la sed y el apetito	0	1	2	3	
Categoría VII					
Los alimentos grasosos o con gran contenido de grasa causan malestar.	0	1	2	3	
Gases y/o hinchazón de la zona inferior de los intestinos varias horas después de comer	0	1	2	3	
Sabor metálico y amargo en la boca, especialmente en la mañana	0	1	2	3	
Eructo con sabor de pescado después de consumir asceites de pescado	0	1	2	3	
Dificultad para perder peso	0	1	2	3	
Piel que pica sin explicación	0	1	2	3	
Tinte amarillento en los ojos	0	1	2	3	
El color de las heces alterna entre color arcilla y marrón normal	0	1	2	3	
Piel enrojecida, especialmente las palmas de las manos	0	1	2	3	
Piel y/o pelo seco o descamado	0	1	2	3	
Historial de ataques o piedras en la vesícula	0	1	2	3	
¿Le han extraído la vesícula?		Sí	No		
Categoría VIII					
Acné y la piel malsana	0	1	2	3	
Caída excesiva del cabello	0	1	2	3	
Sensación de hinchazón abdominal	0	1	2	3	
Inflamación corporal por ningún motivo	0	1	2	3	
Desequilibrios hormonales	0	1	2	3	
Aumento de peso	0	1	2	3	
Mal funcionamiento intestinal	0	1	2	3	
Sudor de olor fétido excesivo	0	1	2	3	
Categoría IX					
Antojo de dulces durante el día	0	1	2	3	
Se irrita si se pierde una comida	0	1	2	3	
Depende del café para pasar el día o para comenzarlo	0	1	2	3	
Se marea si se pierde una comida	0	1	2	3	
Comer alivia la fatiga	0	1	2	3	
Se siente tambaleante, nervioso, o tiene temblores	0	1	2	3	
Agitado, nervioso, se altera fácilmente	0	1	2	3	
Desmemoriado/olvidadizo	0	1	2	3	
Visión borrosa	0	1	2	3	

Categoría X				
Fatiga después de las comidas	0	1	2	3
Antojo de dulces durante el día	0	1	2	3
Comer dulces no alivia su antojo de azúcar	0	1	2	3
Debe comer dulces después de las comidas	0	1	2	3
La circunferencia de la cintura es igual a la de las caderas o mayor	0	1	2	3
Orinar con frecuencia	0	1	2	3
Aumento de la sed y el apetito	0	1	2	3
Dificultad para perder peso	0	1	2	3

Categoría XI				
No puede dormir	0	1	2	3
Antojo de sal	0	1	2	3
Le cuesta despertar en la mañana	0	1	2	3
Fatiga durante la tarde	0	1	2	3
Mareos cuando se pone de pie rápidamente	0	1	2	3
Dolores de cabeza por la tarde	0	1	2	3
Dolores de cabeza en casos de esfuerzo o estrés	0	1	2	3
Uñas débiles	0	1	2	3

Categoría XII				
No puede dormirse	0	1	2	3
Transpira con facilidad	0	1	2	3
Bajo mucho estrés	0	1	2	3
Aumento de peso cuando se encuentra bajo estrés	0	1	2	3
Se levanta cansado después de 6 horas de dormir o más	0	1	2	3
Transpiración excesiva o transpiración después de poca o ninguna actividad	0	1	2	3

Categoría XIII				
Edema e inflamación en los tobillos y las muñecas	0	1	2	3
Calambres musculares	0	1	2	3
Resistencia muscular deficiente	0	1	2	3
La orina frecuente	0	1	2	3
Sed frecuente	0	1	2	3
Antojo de sal	0	1	2	3
Sudoración anormal con actividad mínima	0	1	2	3
Alternancia en regularidad intestinal	0	1	2	3
Incapacidad para detener la respiración durante largos períodos	0	1	2	3
Respiración rápida y superficial	0	1	2	3

Categoría XIV				
Cansado/aletargado	0	1	2	3
Siente frío—en manos, pies, todo el cuerpo	0	1	2	3
Necesita cantidades excesivas de sueño para funcionar correctamente	0	1	2	3
Aumento de peso incluso con dietas de bajas calorías	0	1	2	3
Aumento de peso fácilmente	0	1	2	3
Evacuaciones intestinales dificultosas e infrecuentes	0	1	2	3
Depresión/falta de motivación	0	1	2	3
Dolores de cabeza por la mañana que se van a medida que avanza el día	0	1	2	3
El tercio exterior de las cejas se afina	0	1	2	3
Adelgazamiento del pelo en el cuero cabelludo, la cara, o los genitales o caída de pelo excesiva	0	1	2	3
Sequedad de la piel y/o del cuero cabelludo	0	1	2	3
Aletargamiento mental	0	1	2	3

Categoría XV				
Palpitaciones cardíacas	0	1	2	3
Temblores internos	0	1	2	3
Aumento del pulso incluso estando en reposo	0	1	2	3
Nervioso y emocional	0	1	2	3
Insomnio	0	1	2	3
Sudores nocturnos	0	1	2	3
Dificultad para aumentar de peso	0	1	2	3

Categoría XVI (Solo Hombres)				
Dificultad para orinar o goteo	0	1	2	3
Orinar con frecuencia	0	1	2	3
Dolor en el lado interior de las piernas o en los talones	0	1	2	3
Sensación de evacuación intestinal incompleta	0	1	2	3
Nerviosismo en las piernas por la noche	0	1	2	3

Categoría XVII (Solo Hombres)				
Disminución de la libido	0	1	2	3
Disminución de erecciones matutinas espontáneas	0	1	2	3
Disminución de la plenitud de las erecciones	0	1	2	3
Dificultad para mantener erecciones matutinas	0	1	2	3
Períodos de fatiga mental	0	1	2	3
Incapacidad para concentrarse	0	1	2	3
Episodios de depresión	0	1	2	3
Dolor muscular	0	1	2	3
Disminución de la resistencia física	0	1	2	3
Aumento de peso sin explicación	0	1	2	3
Aumento de la distribución de la grasa alrededor del tórax y las caderas	0	1	2	3
Ataques de transpiración	0	1	2	3
Más emocional que en el pasado	0	1	2	3

Categoría XVIII (Solo Mujeres con Menstruación)				
Tiene perimenopausia		Sí	No	
Longitud variable de los ciclos menstruales		Sí	No	
Ciclo menstrual extendido (más de 32 días)		Sí	No	
Períodos menstruales acortados (de menos de 24 días)		Sí	No	
Dolor y cólicos durante su menstruación	0	1	2	3
Escaso flujo de sangre	0	1	2	3
Gran flujo de sangre	0	1	2	3
Dolor de los pechos e hinchazón durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Dolor pélvico durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Irritable y depresiva durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Brotos de acné	0	1	2	3
Crecimiento de vello facial	0	1	2	3
Pérdida/adelgazamiento del pelo	0	1	2	3

Categoría XIX (Solo Mujeres en Menopausia)				
¿Hace cuántos años que está menopáusica?				
Desde la menopausia, ¿ha tenido sangrado uterino?		Sí	No	
Sofocos	0	1	2	3
Embotamiento mental	0	1	2	3
Desinterés por el sexo	0	1	2	3
Cambios de humor	0	1	2	3
Depresión	0	1	2	3
Relaciones sexuales dolorosas	0	1	2	3
Encogimiento de los senos	0	1	2	3
Crecimiento de vello facial	0	1	2	3
Acné	0	1	2	3
Aumento de dolor, sequedad, o picazón vaginal	0	1	2	3

Parte III

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? _____

¿Cuántas bebidas con cafeína consume por día? _____

¿Cuántas veces come fuera de su casa por semana? _____

¿Cuántas veces por semana come frutas secas o semillas sin cocinar? _____

¿Cuántas veces por semana come pescado? _____

¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____

Enumere los tres peores alimentos que consume durante una semana promedio: _____

Enumere los tres alimentos más saludables que consume durante una semana promedio: _____

Califique sus niveles de estrés en una escala de 1-10 durante la semana promedio: _____

Parte IV

Enumere los medicamentos que toma en la actualidad y para qué los toma:

Enumere los suplementos naturales que toma en la actualidad y para qué los toma:

Cuestionario de Salud

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

*Por favor marque el número apropiado "0-3" en todas las preguntas a continuación. 0 como menos/nunca al 3 como mas/siempre.

SECCION A

- A disminuido su memoria notablemente? 0 1 2 3
- Está teniendo problemas recordando nombres y números de teléfono? 0 1 2 3
- A disminuido su capacidad para centrarse notablemente? 0 1 2 3
- Se le dificulta mas aprender cosas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene problemas para recordar sus citas? 0 1 2 3
- Esta su temperamento empeorando en general? 0 1 2 3
- Está perdiendo su capacidad de poner atención? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia te encuentras desanimado/a o triste? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia le fatiga al conducir en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia le fatiga la lectura, en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia entra usted a un cuarto y se le olvida por qué? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia recoge su teléfono celular y se le olvida por qué? 0 1 2 3

SECCION B

- Que tan alto es su nivel de estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que tiene algo que se debe hacer? 0 1 2 3
- Siente que nunca tiene tiempo para si mismo/a? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no está durmiendo o descansando lo suficiente? 0 1 2 3
- Le resulta difícil hacer ejercicio con regularidad? 0 1 2 3
- Se siente desamparada/o por la gente en su vida? 0 1 2 3
- Siente que no están cumpliendo el propósito de su vida? 0 1 2 3
- Es difícil para usted compartir sus problemas con alguien? 0 1 2 3

SECCION C

SECTION C1

- Con qué frecuencia se irrita, siente temblores o mareos entre las comidas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente con energía después de comer? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultad comiendo comidas grandes en la mañana? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia disminue su nivel de energía en la tarde? 0 1 2 3
- Cuántas veces se te antoja el azúcar y los dulces en la tarde? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se despierta a media noche? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse antes de comer? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia depende del café para seguir su día? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia te sientes nervioso, alterado y nervioso con facilidad entre las comidas? 0 1 2 3

SECTION C2

- Se fatiga después de las comidas? 0 1 2 3
- Se te antoja el azúcar y los dulces después de las comidas? 0 1 2 3
- Siente usted que necesita estimulantes como el café después de comer? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para perder peso? 0 1 2 3
- Cuánto más grande es tu cintura en comparación con sus caderas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia usted orina? 0 1 2 3
- Ah tenido usted aumento en sed y apetito? 0 1 2 3
- Tiene usted aumento de peso cuando están bajo estrés? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para conciliar el sueño? 0 1 2 3

SECCION 1

- Está perdiendo su placer en pasatiempos e intereses? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente abrumado con las ideas para manejar? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tienen sentimientos de ira interna (coraje)? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de paranoia? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente desanimado/a o triste sin razón? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no está disfrutando de la vida? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que le falta la apreciación artística? 0 1 2 3

SECCION 1 (CONTINUAR)

- Con qué frecuencia se siente deprimido en un día nublado? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo su entusiasmo por sus actividades favoritas? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo el disfrute de sus alimentos favoritos? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo su disfrute de las amistades y las relaciones? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultades para quedarse en un sueño profundo y reparador? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que depende de otros? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente más sensible al dolor? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de ira sin provocación? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo interés en la vida? 0 1 2 3

SECCION 2

- Con qué frecuencia tiene sentimientos de desesperanza? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene pensamientos destructivos? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene una incapacidad para manejar el estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente ira y agresión, mientras esta bajo estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no descansó ni siquiera después de largas horas de dormir? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia prefiere usted aislarse de los demás? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente inexplicable falta de preocupación por la familia y amistades? 0 1 2 3
- Con qué facilidad se le distrae de sus tareas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene una incapacidad de terminar tareas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente la necesidad de consumir cafeína para mantenerse alerta/o? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que su libido se ha disminuido? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia pierde usted la calma por razones de menor importancia? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tienen sentimientos de inutilidad? 0 1 2 3

SECCION 3

- Con qué frecuencia se siente ansioso o siente pánico sin motivo? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de temor o de muerte inminente? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia sientes nudos en el estómago? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de estar abrumado por ninguna razón? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de culpa por las decisiones cotidianas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente usted inquietud en su mente? 0 1 2 3
- Es difícil apagar su mente cuando usted quiere relajarse? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene la atención desorganizada? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se preocupa por cosas por las cuales no se preocupaba anteriormente? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de tensión interior y de excitabilidad interior? 0 1 2 3

SECCION 4

- Siente que su memoria visual (formas e imágenes) ha disminuido? 0 1 2 3
- Siente que su memoria verbal ha disminuido? 0 1 2 3
- Tiene fallos de memoria? 0 1 2 3
- Ha disminuido su creatividad? 0 1 2 3
- Ha disminuido su comprensión? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para calcular los números? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para reconocer objetos y rostros? 0 1 2 3
- Siente como que su opinión acerca de si mismo ha cambiado? 0 1 2 3
- Está orinando con exceso? 0 1 2 3
- Está experimentando respuesta mental más lenta? 0 1 2 3

Antecedentes de Medicamentos*

Por favor marque cualquiera de los siguientes medicamentos que ha tomado o está tomando actualmente.

Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants (NaSSAs)

- Remeron®
- Zispin®
- Avanza®
- Norset®
- Remergil®
- Axit®

Tricyclic Antidepressants (TCAs)

- Elavil®
- Endep®
- Tryptanol
- Trepiline®
- Asendin®
- Asendis®
- Defanyl®
- Demolox®
- Moxadil®
- Anafranil®
- Norpramin®
- Pertofranc®
- Prothiaden®
- Adapin®
- Sinequan®
- Tofranil®
- Janamine®
- Gamanil®
- Aventyl®
- Pamelor®
- Opipramol®
- Vivactil®
- Rhotrimine®
- Surmontil®

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

- Paxil®
- Zoloft®
- Prozac®
- Celexa®
- Lexapro®
- Luvox®
- Cipramil®
- Emocal®
- Seropram®
- Cipralex®
- Fontex®
- Dapoxetine
- Seromex®
- Seronil®
- Sarafem®
- Fluctin®
- Faverin®
- Seroxat
- Aropax®
- Deroxat®
- Rexetin®
- Paroxat®
- Lustral®
- Serlain®

Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

- Effexor®
- Pristiq®
- Meridia®
- Serzone®
- Dalcipran®
- Desipramine
- Duloxetine

Selective Serotonin Reuptake Enhancers (SSREs)

- Stablon®
- Coaxil®
- Tatinol®

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

- Marplan®
- Aurorix®
- Manerix®
- Moclodura®
- Nardil®
- Adeline®
- Eldepryl®
- Azilect®
- Marsilid®
- Iprozid®
- Ipronid®
- Rivivol®
- Zyvox®
- Zyvoxid®

Dopamine Receptor Agonists

- Mirapex®
- Sifrol®
- Requip®

Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitors (NDRI)

- Wellbutrin XL®

D2 Dopamine Receptor Blockers (antipsychotics)

- Thorazine®
- Prolixin®
- Trilafon®
- Compazine®
- Mellaril®
- Stelazine®
- Vesprin®
- Nozinan®
- Depixol®
- Navane®
- Fluaxol®
- Clopixol®
- Acuphase®
- Haldol®
- Orap®
- Clozaril®
- Zyprexa®
- Zydis®
- Seroquel XR®
- Geodon®
- Solian®
- Invega®
- Abilify®

GABA Antagonist Competitive Binder

- Flumazenil

Agonist Modulators of GABA Receptors (benzodiazepines)

- Xanax®
- Lexotanil®
- Lexotan®
- Librium®
- Klonopin®
- Valium®
- ProSom®
- Rohypnol®
- Dalmane®
- Ativan®
- Loramet®
- Sedoxil®
- Dormicum®
- Serax®
- Restoril®
- Halcion®

Agonist Modulators of GABA Receptors (nonbenzodiazepines)

- Ambien CR®
- Sonata®
- Lunesta®
- Imovane®

Acetylcholine Receptor Antagonists Antimuscarinic Agents

- Atropine
- Ipratropium
- Scopolamine
- Tiotropium

Acetylcholine Receptor Antagonists Ganglionic Blockers

- Mecamylamine
- Hexamethonium
- Nicotine (high doses)
- Trimethaphan

Acetylcholine Receptor Antagonists Neuromuscular Blockers

- Atracurium
- Cisatracurium
- Doxacurium
- Metocurine
- Mivacurium
- Pancuronium
- Rocuronium
- Succinylcholine
- Tubocurarine
- Vecuronium
- Hemicholinium

Acetylcholinesterase Reactivators

- Pralidoxime

Cholinesterase Inhibitors (reversible)

- Donepezil
- Galantamine
- Rivastigmine
- Tacrine
- THC
- Carbamate Insecticides
- Edrophonium
- Neostigmine
- Physostigmine
- Pyridostigmine

Cholinesterase Inhibitors (irreversible)

- Echothiophate
- Isoflurophate
- Organophosphate Insecticides
- Organophosphate-containing nerve agents

**Por favor refiérase al médico que le dio su receta para las interacciones nutricionales con cualquier medicamento que esté tomando.