



Natural Healthcare Center

Integrated Health & Wellness Programs

10 West End Court
Long Branch, NJ 07740
O 732.222.2219
F 732.229.8863

9 Leonardville Road
Middletown, NJ 07748
O 732.671.9005
F 732.671.9006

www.Naturalhealthcarecenter.com



Cuestionario Para Nuevo Pacientes

Por favor Imprima

Fecha de hoy: _____

Nombre (Primer) _____ (Apellido) _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

#Seguro Social _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Estatus Marital Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Nombre de esposo(a) _____

Preferencia de idioma: Ingles Español Otro: _____ Etnicidad: _____

Raza Blanco Afro Americano Hispano Asiático Medio Oriente Islas Pacificas Americano Nativo

Casa _____ # Trabajo/Celular (por favor indique cual es) _____

Correo Electrónico: _____ Prefiere se contactado por: (correo electrónico, celular, etc.) _____

LE GUSTARIA SUSCRIBIRSE AL "BLOG" DEL DR. PROODIAN? SI NO

Como fue referido(a) a nuestra oficina? _____

Su Ocupación _____ Empleador/a _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona que tiene el Seguro de Salud primario, si no es usted: Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación: _____ Empleador/a: _____ asegurador: _____

Persona que tiene el Seguro de Salud primario, si no es usted: Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación: _____ Empleador/a: _____ asegurador: _____

Compañía de Seguro _____

Proveedor de Salud Primario: Usted tiene un Proveedor de Salud Primario? Si No

Nombre del Doctor: _____ Dirección del Doctor: _____

Telefónico: _____ # de Fax: _____

Medicina Física USTED TIENE UN MARCAPASOS? SI NO

USTED ESTA EMBARAZADA? SI NO

Medicamentos

Fecha que empezó _____ Medicamento _____ Dosis _____

Alergias a Medicamentos

Medicamento _____ Reacción _____

Hospitalizaciones

Fecha _____ Razón _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Ha sufrido o sufre algunas de estas condiciones?

Gastrointestinal

- Síndrome Intestino Irritable
- Enfermedad Intestino Inflamado
- Enfermedad de Crohn's
- Colitis Ulcerativa
- Gastritis o Enfermedad péptica de la ulcera
- GERD (reflujo)
- Enfermedad celiaca
- Otro _____

Cardiovascular

- Ataque del Corazón
- Derrame Cerebral
- Colesterol elevado
- Tensión arterial alta
- Otro _____

Metabolico/Endocrino

- Diabetes -Tipo 1
- Diabetes -Tipo 2
- Hipoglycemia
- Síndrome Metabólico
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Problemas Endocrinos
- Infertilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Fluctuación frecuentes de peso
- Bulimia
- Anorexia
- Desorden alimenticio (no específico)
- Otro _____

Cáncer

- Cáncer del Pulmón
- Cáncer del Pecho
- Cáncer del Colon
- Cáncer de los Ovarios
- Cáncer de la Prostata
- Cáncer
- Otro _____

Sistemas Genital y Urinario

- Piedras en los Riñones
- Gout (la Gota)
- Infecciones de Levadura frecuentes
- Disfunción Eréctil o Sexual

Musculoskeletal/ Dolor

- Osteoporosis /Osteopenia
- Escoliosis
- Dolor Muscular
- Brazo dormido/cosquilleo
- Pierna dormida/cosquilleo
- Dolor de cuello
- Dolor medio de la espalda
- Dolor debajo de la espalda
- Dolor de hombro
- Dolor de codo
- Dolor de mano/muñeca
- Dolor de de cadera
- Dolor de rodilla
- Dolor de tobillo/pie
- Dolor de coyuntura _____
- Otro _____

Inflamatorio/Autoimmune

- Síndrome de Fatiga crónica
- Enfermedad Autoimmune
- Artritis Reumatoide
- Lupus SLE
- Immune Deficiency Disease
- Poor Immune Function (Frequent Infections)
- Alergias Alimenticias
- Alergias Ambientales
- Sensibilidades Químicas Múltiples
- Alergia al látex
- Otro _____

Enfermedades Respiratorias

- Asma
- Sinusitis Crónica
- Bronquitis
- Enfisema
- Neumonía
- Tuberculosis
- Apnea del sueño
- Otro _____

Enfermedades de la piel

- Eczema
- Soriasis
- Acne
- Melanoma
- Cáncer de la piel: Tipo _____

Neurológico/Estado de Animo

- Depresión
 - Ansiedad
 - Trastorno Bipolar
 - Dolores de cabeza
 - Migrañas
 - ADD / ADHD
 - Problemas con la memoria
 - Enfermedad de Mal de Parkinson
 - Esclerosis Múltiple
 - otros problemas neurológicos
- _____

Pruebas preventivas y fecha de la última prueba

- Examen físico completo _____
- Densidad de los huesos _____
- Colonoscopia _____
- Prueba de esfuerzo cardíaco _____
- EBT Corazón Scan _____
- EKG _____
- Prueba de sangre oculta/Prueba sangre heces fecales _____
- MRI _____
- CT Scan _____
- Endoscopia _____
- Serie GI Superior _____
- Ultrasonido _____

Cirugías

- Apendectomía _____
 - Histerectomía _____
 - Vesícula biliar _____
 - Hernia _____
 - Amigdalectomía _____
 - Cirugía Dental _____
 - Reemplazo de articulaciones de rodilla / cadera _____
 - Cirugía Cardíaca - Válvula de derivación _____
 - angioplastia (endoprotesis vascular) _____
- _____
- Marcapasos _____
 - Otros _____
 - Ningun

Nombre: _____ Fecha _____

Historial Medico Familiar:

Cáncer _____ Diabetes _____ Enfermedad del Corazón _____ Derrame Cerebral _____ Depresión _____
Convulsiones _____ Hepatitis _____ Alcoholismo _____ Enfermedad de la Tiroides _____ Presión Arterial Alta _____
Otros: _____

Estatura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras

Usted fuma? Si No Si no fuma, ha dejado de fumar en los últimos 24 mese (2 años)? Si No

Si usted tiene 65 años de edad o más, ¿ha recibido una vacuna contra la neumonía? En caso afirmativo, No Sí ¿cuándo? _____

Si usted está entre las edades de 50 a 75, ¿ha recibido un examen adecuado para el cáncer colorrectal, como la colonoscopia, la prueba de sangre fecal o sigmoidoscopia? En caso No Sí afirmativo, ¿cuándo? _____

Nutricional/Acupuntura

¿Ha experimentado un cambio significativo de peso en los últimos tres meses? No Sí

En caso afirmativo, por favor describa el cambio _____

¿Bebe alcohol? ¿Cuánto/¿cuándo? No Sí _____ ¿Usted Toma cafeína todos los días? No Sí

¿Tiene alergias a algún alimento, restricciones o sensibilidad? _____

Describe sus niveles de energía diarios: _____

¿Se pone notablemente irritable, mareado(a) o débil si no ha comido en mucho tiempo? No Sí

¿Se le antojan ciertos alimentos? No Sí Si es afirmativo, qué alimentos y a cuáles horas se le antojan? _____

¿Le dan deseos de comer algunos de los siguientes alimentos? Azúcar _____ Carne _____ Grasa _____ Chocolate _____
Pescado _____ Alcohol _____ Postres _____ Leche _____ Pan _____ Alimentos fritos _____ Sal _____

Otros: _____

¿Toma suplementos nutricionales o vitaminas? En caso afirmativo, ¿cuáles? No Sí

(Sea específico. Adjunte hojas si es necesario) _____

¿Cómo esta su salud dental? _____

Cuántas veces evacua (movimientos intestinales) al día? _____

¿Cuál es el color de su orina? Clara _____ Amarilla _____ Oscura _____ Turbia _____

¿Cuántas horas duerme al día? _____ ¿Duerme toda la noche? No Sí

Clasifique su piel sin loción: Muy seca _____ Seca _____ Normal _____ Grasa _____ Combinada _____

¿Haces ejercicio aeróbico? No Sí Veces/Semana _____ minutos / sesión _____

¿Hace ejercicios de fortalecimiento? No Sí Veces/Semana _____ minutos/sesión _____

Caballeros Solamente: Por favor indique todos los que aplican:

Frecuente Necesidad de orinar _____ Dificultad para orinar _____ Dificultad de orinar con perdida de erección _____

Agrandamiento de Próstata _____

Damas Solamente: Ciclo Menstrual

Si usted está entre las edades de 40 a 69, ¿ha recibido una mamografía para detectar el cáncer de mama?

No _____ Si _____ Cuando? _____

Edad de su primera menstruación: _____ días del ciclo (periodo a otro) : # _____ # promedio de días que sangra : _____

¿Podría estar embarazada? Sí? No? Embarazos : _____ Abortos Involuntarios : _____ Edad de los niños _____

Tipo de Anticoncepción: _____

Por favor describa sus embarazos (a término , complicaciones , partos vaginales ...) : _____

Por favor marque si ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Síndrome Pre-Menstrual _____ Dolor entre los ciclos menstruales _____ Quistes Ováricos _____ Períodos irregulares
_____ Endometriosis _____ Incontinencia _____ D & C _____ Menopausia _____ Dolor durante el coito _____ Períodos
dolorosos _____ Infecciones por levaduras _____ Pérdida de períodos _____ Píldoras anticonceptivas _____ Displasia Cervical
Pechos fibroquísticos _____ Orina frecuente _____ Dificultad para orinar _____

Z:\Data\Master Forms\NHC Forms\New Patient Questionnaire\New Patient Combined (Spanish) (Updated 2/18/16)