

HISTORIA CONFIDENCIAL

Datos Personales:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ NIE/NIF: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P. _____ POBLACIÓN: _____

TELEFONOS; CASA: _____ TRABAJO: _____ MÓVIL: _____

FAX: _____ E-MAIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: F M

QUIÉN TE HA RECOMENDADO: _____

Ocupación: _____

ESTADO CIVIL: casado/a soltero/a separado/a viudo/a unión de hecho

Hijos: Nombre Sexo (F-M) Edad Nombre Sexo Edad

Antecedentes Familiares

	Vivo	Enfermedades	Fallecido	Causa/Año
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes Personales

-ENFERMEDADES, ACCIDENTES Y HOSPITALIZACIONES que hayas padecido desde la infancia hasta ahora:

Enf, Acc, Hosp.,	Año	Tratamiento	Secuelas

Motivo de Tu Consulta

- Por favor, describe las razones por las que ha acudido a Onda Vital:

.....

.....

-¿Desde cuándo te encuentras en esta situación?

-¿Te ha ocurrido anteriormente? SÍ NO ESPECIFICAR:

.....

-¿Tu situación afecta negativamente algunos aspectos de tu vida?

	FAMILIA	TRABAJO	DEPORTE	HOBBIES	RELAC. SEXUALES
SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

-¿Te produce alguna emoción?

.....

-¿Tienes alguna idea de que puede ser la causa de esta situación?

.....

-¿Has acudido a otros profesionales u otros centros por este problema? SÍ NO

Resultados:

-¿Describe como afecta a tu calidad de vida?

.....

-¿Hay alguna otra situación en la vida que te afecte?

.....

-¿Por qué has elegido este momento en particular para buscar ayuda en Onda Vital?

.....

.....

-¿Qué esperas de tus visitas aquí en Onda Vital?

.....

.....

Estilo de Vida

-¿Consideras que llevas una vida saludable? SÍ NO

-¿Cómo consideras tu dieta? – Muy Sana Sana Mejorable Poco Sana Mala

¿Practicas deportes? SÍ NO Especificar: _____ Horas/semana: _____

-Hobbies: SÍ NO Especificar: _____

-¿Cuántas horas duermes al día? _____ ¿En qué posición? _____

-¿Te levantas descansado/a? _____

-¿Cuántas horas trabajas al día? _____ ¿Cuántos días a la semana? _____

Tu trabajo requiere esfuerzo: Físico Mental Emocional

-Postura más común en tu trabajo: sentado/a de pie caminando en coche otras

-¿Utilizas ordenadores en tu trabajo? SÍ NO Promedio de horas que los utilizas:

-¿Hubo alguna situación o persona en tu vida que te haya marcado? SÍ NO
ESPECIFICAR:

Metas

Por favor, apunta 4 (o más) cosas que quieres mejorar o lograr en tu vida.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

Evalúa tu interés para lograr o trabajar para conseguir lo siguiente....

	Ningún	Muchísimo
Mejoría física	-----	-----
Mejoría mental/emocional	-----	-----
Crear hábitos sanos	-----	-----
Dejar hábitos dañinos	-----	-----
Aumentar ejercicio físico	-----	-----
Mejor Descanso	-----	-----
Reducir/eliminar estrés	-----	-----
Reducir/eliminar medicamentos	-----	-----
Relacionarse mejor con familia o compañeros de trabajo	-----	-----
Bienestar profundo	-----	-----
Descubrimiento interior	-----	-----

Evalúa tu nivel de estrés en relación a:

	Nada	Muchísimo
Pareja	-----	-----
Familia	-----	-----
Salud	-----	-----
Dinero	-----	-----
Trabajo/escuela	-----	-----
Vida diaria	-----	-----
Vida sexual	-----	-----

Evaluar los siguientes aspectos de tu vida.

	Malísimo/Poco	Buenísimo/Mucha
Estado general	-----	-----
Estado de ánimo	-----	-----
Bienestar físico	-----	-----
Bienestar mental/emocional	-----	-----
Calidad de vida	-----	-----
Gozo de la vida	-----	-----
Vida Sexual	-----	-----