



Formulario de admisión a terapia nutricional intravenosa (IV)

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ (DD/MM/AAAA) Sexo: M / F / T _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____ Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico: _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Teléfono (s) : _____

¿Cuáles son sus principales quejas? (Por favor marque todos los que apliquen)

- ☐ Fatiga o poca energía.
- ☐ Estrés
- ☐ Mala alimentación debido a un estilo de vida ajetreado
- ☐ Niebla mental o dificultad para concentrarse
- ☐ Mal humor o depresión
- ☐ Dolores de cabeza o migrañas
- ☐ Aumento de peso/dificultad para perder peso
- ☐ Asma y alergias
- ☐ Procedimiento quirúrgico reciente
- ☐ Enfermedad reciente
- ☐ Síntomas de resfriado o gripe
- ☐ Arrugas faciales o líneas finas
- ☐ Piel apagada o seca
- ☐ Problemas de malabsorción
- ☐ Otro: _____

¿Qué afirmaciones describen mejor por qué estás aquí hoy? (Por favor marque todos los que apliquen)

- ☐ Quiero tener más energía y sentirme mejor en general.

- ♫ Quiero hacer todo lo que pueda para nutrir mi cuerpo.
- ♫ Quiero hacer todo lo posible para mejorar mis esfuerzos por perder peso.
- ♫ Quiero evitar enfermarme
- ♫ Quiero recuperarme rápidamente de mi cirugía o enfermedad.
- ♫ Quiero ralentizar el proceso de envejecimiento.
- ♫ Quiero sentirme y verme más joven.
- ♫ Quiero tener una piel más suave, luminosa y vibrante.
- ♫ Quiero limpiar mi cuerpo de toxinas
- ♫ Quiero recuperarme rápidamente de una resaca
- ♫ Quiero tener mejor desempeño deportivo y/o recuperarme después de un evento deportivo
- ♫ Otro: _____

Historial médico

¿Estás embarazada o amamantando? Sí _____ No _____

Fecha de la última prueba de química u otra prueba de laboratorio: _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene un desequilibrio electrolítico u otras pruebas de laboratorio anormales?

(Por favor marque todos los que apliquen)

- ♫ Hipermagnesemia (nivel alto de magnesio niveles)
- ♫ Hipercalcemia (niveles altos de calcio)
- ♫ Hipopotasemia (niveles bajos de potasio)
- ♫ Hemocromatosis (niveles altos de hierro)
- ♫ Otro: _____

¿Eres diabético? ♫ Sí / ♫ No

¿Fuma usted? ♫ Sí / ♫ No En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en una semana? _____

¿Usas alguna droga recreativa? ♫ Sí ♫ No En caso afirmativo, ¿cuáles y con qué frecuencia?

¿Toma digoxina (Lanoxin) para problemas cardíacos? ♫ Sí ♫ No

¿Tomas algún diurético o diurético? ♫ Sí / ♫ No En caso afirmativo, indique: _____

¿Toma algún esteroide, por ejemplo, prednisona? ♫ Sí / ♫ No En caso afirmativo, indique:

¿Tiene algún medicamento o alergia alimentaria? ♫ Sí / ♫ No En caso afirmativo, indique:

¿Tiene alguna cirugía? ♂ Sí / ♀ No En caso afirmativo, indique la cirugía y el año :

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Por favor marque todos los que apliquen)

- ♂ Problemas de presión arterial (alta o baja)
- ♀ Problemas cardíacos
- ♂ Accidente cerebrovascular o “mini-accidente cerebrovascular”
- ♀ Problemas renales
- ♂ Cálculos renales
- ♀ Asma
- ♂ Atrofia del nervio óptico
- ♀ Anemia falciforme
- ♂ Deficiencia de G6PD
- ♀ Sarcoidosis
- ♂ Problemas de paratiroides (niveles altos)

Por favor indique cualquier otra condición médica que tenga (no mencionada anteriormente):

Por favor, provea una lista detallada de todos los medicamentos recetados o no recetados , vitaminas o productos naturales que usted ingiere:
