EIR VITAE

Declaración de Salud e Historial Médico

A completar antes de la visita

Toda la información se trata de forma confidencial y se utiliza para adaptar la orientación y el acompañamiento de manera individual.

---

1. Datos personales

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

2. Información general

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro

Altura (cm):
Peso (kg):

¿Cómo describiría su estado general de salud en este momento?
(p. ej., nivel de energía, sueño, estrés, recuperación)

3. Historial médico

¿Ha recibido algún diagnóstico por parte del sistema sanitario?
(Indique diagnósticos anteriores y actuales, y el año si lo recuerda.)

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?
Marque lo que corresponda:

☐ Enfermedades autoinmunes
☐ Trastornos de la tiroides
☐ Diabetes
☐ Problemas cardíacos / circulatorios
☐ Infecciones (p. ej., borrelia u otras infecciones transmitidas por garrapatas)
☐ Asma / alergias
☐ Trastornos gastrointestinales
☐ Síntomas neurológicos
☐ Depresión / ansiedad
☐ Agotamiento
☐ Dolor / molestias (indique dónde):
☐ Otros:

4. Síntomas actuales

Marque lo que corresponda:

☐ Fatiga / agotamiento
☐ Trastornos del sueño
☐ Dolor de cabeza o migraña
☐ Dolor muscular o articular

☐ Niebla mental
☐ Mareos
☐ Dificultad para respirar
☐ Trastornos digestivos (describa):
☐ Problemas de la piel
☐ Trastornos hormonales
☐ Ansiedad / inquietud
☐ Palpitaciones
☐ Sensación de fiebre / sudores nocturnos
☐ Hormigueo / entumecimiento
☐ Otros síntomas:

Picadura de garrapata
(menos del 50 % recuerda la picadura o nota el sarpullido)

☐ Erupción cutánea en el lugar de la picadura
☐ Prueba de borrelia positiva en sangre – ELISA
☐ Prueba de borrelia positiva en SNC – ELISA (líquido cefalorraquídeo)

(Tenga en cuenta que puede tener resultados negativos y aun así estar infectado/a por borrelia.)

5. Medicación y suplementos

Enumere los medicamentos actuales (nombre, dosis, duración):

Enumere los suplementos que toma de forma regular:

6. Estilo de vida

¿Cómo es su alimentación?
(Descríbala brevemente)

¿Cómo es su sueño?
☐ Muy bueno
☐ Aceptable
☐ Malo
☐ Muy malo

¿Cuánto estrés experimenta en su vida diaria?
☐ Bajo
☐ Moderado
☐ Alto
☐ Muy alto

Actividad física / ejercicio por semana:
☐ Ninguna
☐ 1–2 días
☐ 3–4 días
☐ 5+ días

7. Tratamientos previos

¿Ha recibido otros tratamientos anteriormente?
(p. ej., antibióticos, terapia, fisioterapia, tratamientos de medicina natural)

Indique cuáles y si fueron útiles.

8. Alergias o hipersensibilidades

9. Otra información que desea que conozca

10. Valores medidos

Presión arterial: _____
Pulso: _____
Temperatura corporal: _____

Otros hallazgos relevantes:

© 2025 **Eir Vitae – Janna Strandli**
Este documento está protegido por la ley de derechos de autor (SFS 1960:729).
Ninguna parte de este material puede ser reproducida, almacenada en sistemas de información o transmitida, en ninguna forma ni por ningún medio —electrónico, mecánico, fotocopiado u otro— sin el consentimiento escrito del titular de los derechos de autor.

Eir Vitae – Sana tu vida