



## DECLARACIÓN DE SALUD

*Takiwasi*

### DATOS PERSONALES

Nombre(s) Apellidos  
Fecha Nac. Edad Sexo Masculino Femenino Religión  
Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Otro Nro de Hijos  
Grado de Instrucción Profesión/Ocupación  
Doc. Identidad Idioma ¿Habla español?  
Lugar de Nac. (Ciudad) Nacionalidad  
País de residencia Ciudad de residencia  
Dirección actual  
Teléfono fijo Teléfono Móvil  
Correo electrónico

#### Persona de contacto ante cualquier eventualidad

Nombre(s) Apellidos  
Parentesco País de residencia  
Ciudad Correo electrónico  
Teléfono fijo Teléfono Móvil  
Dirección actual

**Agradeceremos responder al siguiente cuestionario con absoluta honestidad. El Centro TAKIWASI *declina toda responsabilidad por cualquier problema derivado de la omisión o falta de veracidad en las respuestas* a las preguntas siguientes.**

**Contestar a todos los puntos marcando SI o NO. Si escoge SI, precise o detalle su respuesta en el espacio, o si fuera necesario, en una hoja a parte.**

**Pedimos así mismo nos comunique si tiene alguna enfermedad, problema patológico o funcional (físico o anímico) no considerados en este cuestionario.**

### I. DATOS MÉDICOS ACTUALES

1. ¿Padece alguna enfermedad(es) actualmente? NO SI  
¿Cuál(es)? - Tiempo de enfermedad
2. ¿Presenta alguna(s) molestias actualmente? NO SI  
¿Cuál(es)?
3. ¿Ingiere algún(os) medicamentos actualmente? NO SI  
¿Cuál(es)? (consigne dosis)  
¿Desde cuando?  
¿Es por prescripción médica? NO SI
4. ¿Ha recibido alguna vacuna recientemente durante los últimos 6 meses? NO SI  
¿Cuál(es)?
5. Estatura m. Peso kg.

### II. HÁBITOS

Apetito Normal Aumentado Disminuído  
Sueño Normal Aumentado Disminuído  
Deposiciones Normal Diarrea Estreñimiento  
Orina Normal Anormal  
¿Tiene algún régimen dietético especial? NO SI  
Describalo



**III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

¿Ha padecido usted alguna de las siguientes enfermedades, signos o síntomas?

Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique aproximadamente en que año ha sido o ha comenzado. Si fuera necesario, precise en hoja a parte los detalles pertinentes.

**1. Enfermedades Infecciosas**

Hepatitis	NO	SI	Tipo	A	B	C	Año
Tifoidea	NO	SI					Año
Paludismo	NO	SI					Año
Enfermedades de Transmisión Sexual	NO	SI					Año
Diagnóstico			Tratamiento	NO	SI		
VIH (+)	NO	SI					Año
SIDA	NO	SI					Año
Otras							Año

**2. Enfermedades Digestivas**

Úlcera gastro - duodenal o gastritis	NO	SI					Año
¿Está en tratamiento?	NO	SI	¿Cuál(es)?				
¿Tiene aún síntomas?	NO	SI	¿Cuál(es)?				
Hemorragia digestiva	NO	SI					Año
Disfunción hepato - biliar (hígado y vesícula)	NO	SI					Año
Precise cuál							
Ictericia	NO	SI					Año
Hernia hiatal	NO	SI					Año
Cirugías sobre el sistema digestivo	NO	SI					Año
Precise cuál							
¿Tiene algún problema con el hecho de vomitar?	NO	SI					Año
Precise cuál/es							
Otras							Año

**3. Enfermedad Respiratoria Crónica**

Asma	NO	SI					Año
Tuberculosis	NO	SI					Año
Otras							Año

**4. Enfermedades Cardiovasculares**

Alteración congénita	NO	SI					
Precise diagnóstico							
Infarto	NO	SI					Año
Angina de pecho / pre-infarto	NO	SI					Año
Accidente cerebro - vascular	NO	SI					Año
Insuficiencia cardíaca	NO	SI					Año
Hipertensión o hipotensión arterial	NO	SI					Año
¿Sigue algún tratamiento?	NO	SI					Año
Precise tratamiento y duración							
Indique valores <b>sin tratamiento</b>			Presión sistólica (alta)			Presión diastólica (baja)	
Indique valores <b>actuales</b>			Presión sistólica (alta)			Presión diastólica (baja)	
Trastornos del ritmo cardíaco	NO	SI					Año
Precise cuál							
Valvulopatía	NO	SI					Año
Otras							Año



## 5. Enfermedades del Sistema Nervioso

Dolor de cabeza, migraña	NO	SI	Año
Convulsiones	NO	SI	Año
Precisar			
Epilepsia	NO	SI	Año
Vértigos	NO	SI	Año
Ciática	NO	SI	Año
Otras			Año

## 6. Enfermedades Psiquiátricas

¿Le han realizado alguna vez un diagnóstico psiquiátrico/psicológico?	NO	SI	Año
Precise cuál			
¿Tuvo algún internamiento asociado a ésta enfermedad psiquiátrica?	NO	SI	Año
Duración, frecuencia, contexto y medicación recibida			
Seguimiento psicoterapéutico	NO	SI	Año
Tentativas de suicidio	NO	SI	Año
Trastornos de personalidad	NO	SI	Año
Precisar			
¿Ha tenido episodios de anorexia / bulimia?	NO	SI	Año
Precisar			
Otras			Año

## 7. Enfermedades Autoinmunes

¿Cuál(es)?	NO	SI	Año
------------	----	----	-----

## 8. Enfermedades Metabólicas

Diabetes	NO	SI	Año
Precisar tipo, medicación, compensada o no, complicaciones			
Exceso de colesterol / triglicéridos	NO	SI	Año
Otras			Año

## 9. Enfermedades del Sistema Génito - Urinario

Aguda	NO	SI	Año
Crónica	NO	SI	Año
Diagnóstico y medicación			

## 10. Disturbio o Disfunción Sexual

¿Cuál(es)?	NO	SI	Año
¿Tuvo alguna enfermedad u operación en los órganos sexuales?	NO	SI	
¿Cuál(es)?			Año

## 11. Enfermedades de la Piel y Anexos (Uñas, Cabello)

¿Cuál(es)?	NO	SI	Año
------------	----	----	-----

## 12. Tumores

Benignos	NO	SI	Año
Malignos	NO	SI	
¿Cuál(es)?			Año

## 13. Enfermedades de la Sangre

¿Cuál(es)?	NO	SI	Año
------------	----	----	-----

## 14. Alergias

Especifique	NO	SI	Año
-------------	----	----	-----



<b>15. Enfermedades Endocrinas (Tiroides, Ovarios)</b>	NO	SI		
¿Cuál(es)?				Año
<b>16. Accidentes - Lesiones</b>	NO	SI		
Precise				Año
<b>17. Hospitalización</b>	NO	SI		
Motivo				Año
Precise				
<b>18. Operaciones</b>	NO	SI		
Precise				Año
<b>19. Discapacidad Legal</b>	NO	SI		
Grado				Año
<b>20. Antecedentes Gineco - Obstétricos (solo mujeres)</b>				
Píldora o inyección anticonceptiva	NO	SI		
Número de embarazos	Número de hijos		Vivos	Muertos
¿Problemas durante embarazos y partos?				
Abortos	NO	SI	¿Cuántos?	
Espontáneos ¿(Cuántos?)			Año	
Provocados ¿(Cuántos?)			Año	
¿Tratamientos para fertilidad?				
¿Problemas de menstruación?	NO	SI		
Precisar				
<b>21. Antecedentes Reproductivos (solo hombres)</b>				
¿Qué método(s) anticonceptivos utiliza?				
Número de embarazos	Número de hijos		Vivos	Muertos
Abortos	NO	SI	¿Cuántos?	
Espontáneos ¿(Cuántos?)			Año	
Provocados ¿(Cuántos?)			Año	
¿Tratamientos para fertilidad?				
<b>22. Sexualidad</b>				
Identidad sexual definida	NO	SI	Orientación sexual	
¿Transtorno de sexualidad?				

**IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

1. ¿Existen antecedentes de alguna enfermedad en su familia? (en especial diabetes, epilepsia, hipertensión, problemas cardiacos, trastornos psiquiátricos)	NO	SI
¿Cuál(es)?		
2. ¿Ocurre alguna enfermedad hereditaria en su familia?	NO	SI
¿Cuál(es)?		

**V. OTROS ANTECEDENTES**

1. ¿Tiene algún problema que no esté consignado anteriormente?	NO	SI
--	----	----



**VI. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**FUERA DE UN RITUAL**

SUSTANCIA	NO	SI	¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO HA CONSUMIDO? Indique número de meses o años y fecha de primer consumo	FRECUENCIA DE CONSUMO Indique cuántas veces y por cuánto tiempo	FECHA APROXIMADA DEL ÚLTIMO CONSUMO
Cocaína					
Pasta Básica de Cocaína					
Crack					
Morfina					
Heroína					
Codeína					
Marihuana					
Hachís					
Alcohol					
Tabaco					
Anfetaminas					
LSD					
Éxtasis					
Drogas de síntesis					
Precisar					
Fármacos					
Precisar					
Otros					

¿Considera usted que es dependiente de una o más de esta sustancias?      NO      SI  
 ¿A cuál(es)?

**DENTRO DE UN CONTEXTO RITUAL O CULTURAL**

SUSTANCIA	NO	SI	¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS? ritual dirigido por maestro, solo o recreativo	FRECUENCIA DE CONSUMO Indique cuántas veces y por cuánto tiempo	FECHA APROXIMADA DEL ÚLTIMO CONSUMO
San Pedro Wuachuma					
Hongos					
Peyote					
Ayahuasca					
Iboga					
Kava-kava					
Salvia divinorum					
Otras					
Indique cuál(es)					

**VII. EXPERIENCIAS DE ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIENCIA (EMC)**

1. ¿Ha experimentado alguna vez un EMC **sin consumir sustancias psicoactivas**?      NO      SI

**Espontáneos**      NO      SI  
 ¿En qué circunstancias?  
 ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el último episodio?  
 ¿Con qué frecuencia lo ha experimentado?

**Inducidos**      NO      SI  
 ¿En qué circunstancias?  
 ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el último episodio?  
 ¿Con qué frecuencia lo ha experimentado?



**Experiencias de muerte inminente** NO SI  
¿En qué circunstancias?  
¿Hace cuánto tiempo ocurrió el último episodio?  
¿Con qué frecuencia lo ha experimentado?

**Fenómenos mediúmnicos o paranormales** NO SI  
¿En qué circunstancias?  
¿Hace cuánto tiempo ocurrió el último episodio?  
¿Con qué frecuencia lo ha experimentado?

**VIII. PRÁCTICA O UTILIZACIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA**

Por favor indique si usted es usuario o dirige alguna de las siguientes prácticas precisando el nombre como se le conoce:

	NO	SI	Indique el/los nombre/s de la práctica	Indique si Ud. es usuario o facilitador - guía - instructor de otras personas
Medicina alternativa: Ayurvédica, China, Homeopatía, Antroposófica, etc.				
Técnicas de autoconocimiento: Meditación, Yoga, etc.				
Reiki				
Uso de plantas medicinales				
Uso de plantas psicoactivas				
Otras prácticas				

Por favor indique si ha practicado o experimentado períodos de retiro, dietas, aislamiento o recogimiento con fines de auto-exploración, aprendizaje, curación o búsqueda espiritual.

NOMBRE DE LA PRÁCTICA O EXPERIENCIA	FINALIDAD	DURACIÓN DE LA EXPERIENCIA Indique días, semanas, meses	FRECUENCIA Indique semanal, mensual, anual
-------------------------------------	-----------	--	---

¿Tiene algún comentario, precisión o dato adicional?



## DECLARACIÓN DE SALUD

*Takiwasi*

---

Yo, quien suscribe, \_\_\_\_\_, garantizo la veracidad de los datos arriba consignados. Exonero al Centro TAKIWASI y me responsabilizo completamente de las consecuencias de cualquier omisión o falta de verdad. Hago constar que participo voluntariamente en las sesiones terapéuticas organizadas por Takiwasi.

En \_\_\_\_\_

el \_\_\_\_\_

Firma