



## 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 HATUN TAYTA WASI **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 comuniquemos 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

Descríbalo

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	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
Tifoidea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
Paludismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
Diagnóstico <input type="text"/>	Tratamiento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
VIH (+)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
SIDA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>
Otras <input type="text"/>			Año <input type="text"/>

2. Enfermedades Digestivas

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

3. Enfermedad Respiratoria Crónica

Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Año <input type="text"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Año <input type="text"/>
Otras <input type="text"/>		Año <input type="text"/>

4. Enfermedades Cardiovasculares

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

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

NO  SI

¿Cuál(es)?  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

NO  SI

¿Cuál(es)?  Año

¿Tuvo alguna enfermedad u operación en los órganos sexuales?  NO  SI

¿Cuál(es)?  Año

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

NO  SI

¿Cuál(es)?  Año

12. Tumores

Benignos  NO  SI Año

Malignos  NO  SI

¿Cuál(es)?  Año

13. Enfermedades de la Sangre

NO  SI

¿Cuál(es)?  Año

14. Alergias

NO  SI

Especifique  Año

15. Enfermedades Endocrinas (Tiroides, Ovarios)  NO  SI  
 ¿Cuál(es)?  Año

16. Accidentes - Lesiones  NO  SI  
 Precise  Año

17. Hospitalización  NO  SI  
 Motivo  Año   
 Precise

18. Operaciones  NO  SI  
 Precise  Año

19. Discapacidad Legal  NO  SI  
 Grado  Año

20. Antecedentes Gineco - Obstétricos (solo mujeres)  
 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

21. Antecedentes Reproductivos (solo hombres )  
 ¿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?

22. Sexualidad  
 Identidad sexual definida  NO  SI Orientación sexual   
 ¿Transtorno de sexualidad?

#### IV . ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

1. ¿Existen antecedentes de alguna enfermedad en su familia?  NO  SI  
 (en especial diabetes, epilepsia, hipertensión, problemas cardíacos, trastornos psiquiátricos)  
 ¿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				¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO HA CONSUMIDO?	FRECUENCIA DE CONSUMO	FECHA APROXIMADA DEL ÚLTIMO CONSUMO
SUSTANCIA	NO	SI		Indique número de meses o años y fecha de primer consumo	Indique cuántas veces y por cuánto tiempo	
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pasta Básica de Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hachís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Drogas de síntesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Precisar						
Fármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Precisar						
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Precisar						

¿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?	FRECUENCIA DE CONSUMO	FECHA APROXIMADA DEL ÚLTIMO CONSUMO
			ritual dirigido por maestro, solo o recreativo	Indique cuántas veces y por cuánto tiempo	
San Pedro Wuachuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Peyote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ayahuasca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Iboga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kava-kava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnicas de autoconocimiento: Meditación, Yoga, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uso de plantas medicinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uso de plantas psicoactivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene algún comentario, precisión o dato adicional?



Yo, quien suscribe, \_\_\_\_\_, garantizo la veracidad de los datos arriba consignados. Exonero al Centro HATUN TAYTA WASI 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 HATUN TAYTA WASI.

En

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_