

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E

REGISTRO SENEKYT No. 17-061

ESCUELA DE TERAPIAS NATURALES

2019

COMPROBAR EL EFECTO TERAPEÚTICO DEL ACEITE  
ESENCIAL DE ROMERO (*Rosmarinus officinalis*), LAVANDA  
(*Lavandula angustifolia*), EN COMBINACIÓN CON LA  
DIGITOPRESIÓN EN LOS PUNTOS TAI YANG EXTRACANAL Y  
DU 20 BAIHUI, PARA TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL  
EN ADULTOS.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO

DR. MARCELO MONCAYO.

## RESUMEN

Este trabajo contiene la investigación sobre el efecto terapéutico del aceite esencial de romero y lavanda, en combinación con digitopresión, para el tratamiento de cefalea tensional en adultos. Fue realizada en 30 pacientes a los cuales se les aplicó la mezcla formulada de los aceites esenciales de romero y lavanda, extraídos mediante destilación por arrastre de vapor, en dos puntos: Tai Yang extracanal y Du 20 Bai Hui; complementariamente se les realizó, en los mismos puntos, digitopresión.

Como resultado del tratamiento combinado, se obtuvo la disminución de dolor de cabeza, desde la primera sesión, en todos los pacientes. Cuantitativamente se pudo observar que el 70% de pacientes con cefalea tensional moderado disminuyó a leve. El 90% de los pacientes manifestaron un estado de relajación y tranquilidad. El 98% indicó su agrado y aceptación del producto a base de aceites esenciales de romero y lavanda.

Palabras clave: Destilación por arrastre de vapor, cefalea tensional, digitopresión.

## CERTIFICADO DE AUTORIA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO, "COMPROBAR EL EFECTO TERAPEÚTICO DEL ACEITE ESENCIAL DE ROMERO (*Rosmarinus officinalis*) Y LAVANDA (*Lavandula angustifolia*), EN COMBINACIÓN CON DIGITOPRESIÓN EN LOS PUNTOS TAI YANG EXTRACANAL Y DU 20 BAIHUI, PARA TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL EN ADULTOS", FUE REALIZADO POR: AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO.

Quito, 08 de julio del 2019

---

Dr. Marcelo Moncayo.

“EL PRESENTE TRABAJO SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA POR LO QUE, AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERÍODO DE 3 AÑOS, CONTADOS DESPUÉS DE LA FECHA DE SU APROBACIÓN.”

---

Amparo Jimena Altamirano

## DEDICATORIA

A mi esposo y a mis hijos, por su amor y apoyo incondicional para que pueda alcanzar un anhelo personal que complementa mi formación puesta al servicio y ayuda de los demás.

Amparo Jimena Altamirano

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, por concederme la vida, fortaleza y sus diarias bendiciones para poder alcanzar este objetivo.

Expreso mi sincero y profundo agradecimiento al Instituto Superior Tecnológico Esculapio, por abrirme las puertas a descubrir un mundo maravilloso de sanación del cuerpo y del espíritu a través de terapias naturales, encaminadas a restablecer la homeostasis del cuerpo.

Al equipo docente, por sus enseñanzas académicas y vivenciales, que han permitido mi crecimiento y formación.

Al Dr. Marcelo Moncayo, tutor y maestro en algunas cátedras, por sus enseñanzas, consejos y dirección en la elaboración de mi investigación.

Al Dr. Max Bonilla por su apoyo y dirección técnica en la extracción de los aceites esenciales de romero y lavanda.

Amparo Jimena Altamirano

## INDICE

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>2</b>
<b>2. CAPITULO I: METODOLOGÍA .....</b>	<b>5</b>
2.1 De la investigación.....	5
2.2 Del producto.....	5
2.2.1 Método de extracción de los aceites esenciales de romero y lavanda.....	6
2.3 Del tratamiento.....	8
<b>3. CAPITULO II: CEFALEA TIPO TENSIONAL .....</b>	<b>11</b>
3.1 Concepto de cefalea tipo tensional.....	11
3.2 Clases de Cefalea tipo tensional.....	12
3.3 Causas de cefalea tensional.....	20
<b>4. CAPITULO III: DIGITOPRESIÓN.....</b>	<b>21</b>
4.1 Qué es la Digitopresión.....	21
4.2 Puntos para el tratamiento de cefalea tipo tensional.....	22
<b>5. CAPITULO IV: ACEITES ESENCIALES DE ROMERO y LAVANDA.....</b>	<b>29</b>
5.1 Qué son los aceites esenciales .....	29
5.2 Principales constituyentes y acción farmacológica de los aceites esenciales de romero y lavanda.....	30
<b>6. CAPITULO V: RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>7. CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>8. CAPITULO VII: RECOMENDACIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>9. CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Equipo de laboratorio para la obtención de aceites esenciales.....	7
Gráfico 2. Equipo para formulación de aceites esenciales.....	8
Gráfico 3. Esquema de los músculos de la cabeza, cara y cuello.....	12
Gráfico 4. Ubicación de los puntos de tensión en cefaleas. ....	15
Gráfico 5. Meridianos Yang .....	23
Gráfico 6. Localización de los puntos del Mapa Energético de la cabeza ....	24
Gráfico 7. Ubicación de Tay Yang.....	27
Gráfico 8. Ubicación de Bai Hui.....	28
Gráfico 9. Material vegetal seco de romero y lavanda.....	30
Gráfico 10. Distribución de la población por género.....	36
Gráfico 11. Distribución de la población por edad.....	38
Gráfico 12. Distribución de la población por el número de crisis.....	40
Gráfico 13. Porcentaje de recurrencia de cefalea tensional en pacientes evaluados. Machachi 2019.....	42

## TABLAS

Tabla No.1: Características de los tipos de Cefalea Tensional.....	16
Tabla No. 2: Mapa Energético de la Cabeza.....	24
Tabla No. 3: Variaciones de Cefalea.....	25
Tabla No. 4: Escala de valoración de la Intensidad del Dolor.....	34
Tabla No. 5: Escala de segregación de grupos por edad de pacientes.....	35
Tabla No. 6: Distribución de la población por genero.....	36
Tabla No. 7: Distribución de la población por edad.....	38
Tabla No. 8: Porcentaje de pacientes con crisis frecuentes e infrecuentes...	39
Tabla No. 9: Porcentaje de pacientes con cefaleas tensionales episódicas y crónicas.....	41
Tabla No. 10: Porcentaje de pacientes con recurrencia o no de episodios de cefalea tensional .....	42
Tabla No. 11: Distribución de la población por resultados antes y después de la aplicación del tratamiento. Machachi. 2019.....	43

## INDICE DE LOS ANEXOS

<b>Anexo No.1:</b> Consentimiento informado.....	51
<b>Anexo No.2:</b> Encuesta .....	52
<b>Anexo No.3:</b> Historia Clínica primera hoja.....	53
<b>Anexo No.4:</b> Historia Clínica segunda hoja.....	54
<b>Anexo No 5:</b> Historia Clínica tercera hoja.....	55

## 1. INTRODUCCIÓN

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes, por el cual las personas acuden a los servicios médicos. El Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), estima que las cifras de prevalencia de la cefalea en los países occidentales oscilan entre el 73-89% de la población masculina y entre el 92-99% de la población femenina. (Tapia-Rodríguez 2017).

La cefalea trae consigo consecuencias negativas a nivel personal ya que, los individuos que la padecen, poseen un continuo miedo por la aparición de nuevos episodios lo que frecuentemente afecta sus relaciones sociales, familiares y sus actividades laborales generando así un deterioro en su calidad de vida.

Muchas personas, con dolores de cabeza tensionales, intentan controlar el dolor por su propia cuenta. Desafortunadamente, cuando se usan analgésicos de venta libre, con mucha frecuencia, éstos pueden producir otro tipo de dolor llamado cefalea por abuso de medicación; además, dan inicio a una serie de efectos secundarios como problemas gastrointestinales que generalmente producen los analgésicos antiinflamatorios.

Según Gómez, 2015 se entiende por cefalea, la presencia de dolor ubicado por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo. Dependiendo de la causa, puede ser primaria o secundaria. Las primarias son aquellas que presentan ausencia de enfermedades o condiciones anómalas que expliquen su causa; las más frecuentes son cefalea tensional y migraña. La tipo tensional (CTT), tiene una

prevalencia del 66% de la población, seguido de la migraña. Por otro lado, las secundarias se caracterizan por un desorden exógeno que ocasiona la cefalea; entre las causas más frecuentes se encuentran: infección sistémica, tumor cerebral, traumatismos, entre otras.

Las razones que han motivado esta investigación son la valoración del conocimiento de la medicina alternativa y las diferentes terapias holísticas como: fitoterapia, digitopresión, anatomía energética, entre otras, que permiten el tratamiento de este problema en particular. Está demostrado que la digitopresión (técnica de presión con los dedos en puntos de acupuntura), ayuda a disminuir el dolor, restablecer el equilibrio del cuerpo y, en combinación con las bondades de los aceites esenciales de plantas medicinales, favorecen la recuperación del paciente.

La presente investigación se enmarca en el Objetivo 1: "Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas", del plan nacional del buen vivir, con la política 1.5 "Fortalecer la protección social, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria", (Plan Nacional del Buen Vivir, 2017), porque se enfoca en disminuir el dolor de la cefalea tipo tensional de alta incidencia en la segunda década de la vida ya que su prevalencia pico se da entre los 30 y 39 años de edad.

Este trabajo corresponde al Código 0917 "Medicina y Terapia Tradicional y Complementaria", del Campo de Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de la Unesco. Y se enmarca en las líneas de

investigación del Instituto Superior Esculapio (ISTE): Salud y Terapias Naturales, cuyo descriptor es terapias ancestrales.

Es importante realizar la presente investigación, para comprobar el beneficio terapéutico de la combinación de la terapia de digitopresión y aceites esenciales de romero y lavanda, para mitigar la cefalea tensional.

Por tanto los objetivos de este estudio son:

Determinar si la Digitopresión en los puntos Tai Yang y Du 20, en combinación con los aceites esenciales de romero (*Rosmarinus officinalis*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*) disminuyen el dolor de cabeza tipo tensional.

Comprobar si se experimenta un efecto de relajación y sedación luego de la aplicación de la esencias de romero y lavanda en los puntos Tai Yang y Du 20.

Valorar el beneficio terapéutico de la combinación de los aromas naturales de romero (*Rosmarinus officinalis*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*) con digitopresión en los puntos Tai Yang y Du 20.

## CAPITULO I: METODOLOGIA

### 2.1 De la Investigación:

**Tipo de Estudio:** Académico – científico.

**Población:** Adultos a partir de los 18 años

**Metodología de la Investigación:** Escala Análoga Visual (EVA), Encuestas, Historia Clínica.

**Limitaciones:** Pacientes con Cefalea tipo Tensional (CTT), seguimiento a los pacientes después de la primera aplicación.

### 2.2 Del Producto:

**2.2.1 Método de Extracción:** Extracción por Destilación por Arrastre de vapor de agua.

**Recursos Materiales:** Especies vegetales; Hojas, tallos de romero y flores, tallos de lavanda, recolectadas en su hábitat natural en la ciudad de Machachi y mercado Ñaquito de la ciudad de Quito.

**Solvente:** Agua

**Equipos:** Los equipos que se utilizaron para la extracción de los aceites esenciales de romero y lavanda son:

- Matraz de vidrio tipo balón
- Refrigerante
- Mangueras de goma
- Soporte Universal

- Pinzas
- Cocineta
- Probeta

**Procedimiento para la extracción de aceites esenciales:**

- El material vegetal colectado es sometido a secado natural o mediante deshidratador a 60 grados centígrados por 3 horas hasta que se elimine el agua de las estructuras celulares.
- Cortar en trozos y luego introducir en un matraz
- Cubrir con agua y llevar al punto de ebullición. La temperatura debe ser constante hasta llegar el agua a ebullición, manteniendo este estado (ebullición), durante todo el proceso. En este estado, la cutícula de las glándulas vegetales que contienen el aceite se rompe y se liberan los compuestos volátiles que son arrastrados por el vapor de agua y suben por la columna de destilación hasta llegar al tubo de refrigeración; al pasar por éste se condensan, debido a la distinta densidad del aceite y del agua, y a que son inmiscibles, se separan quedando el aceite por encima del agua. (Cervera, 2016).

**Gráfico 1. Equipo de Laboratorio para la obtención de Aceites esenciales.**

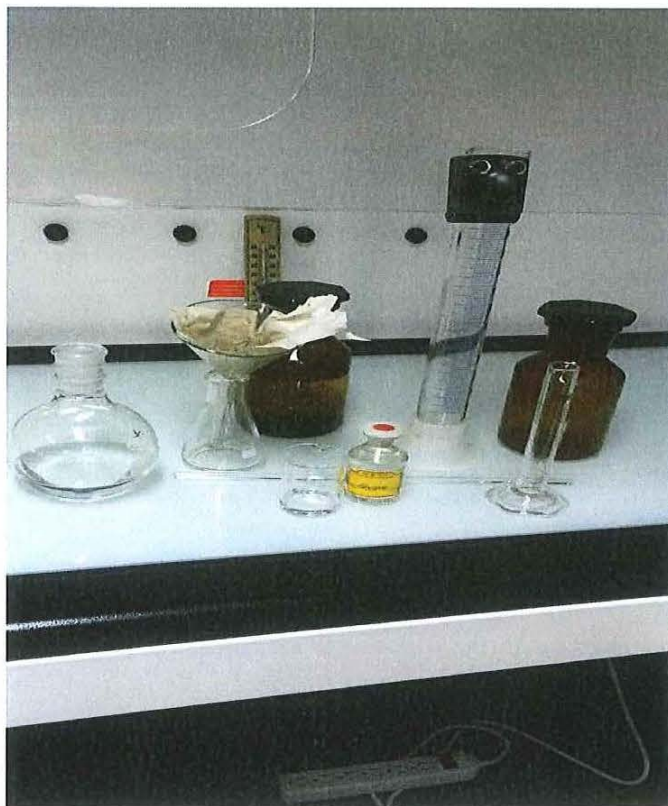


Fotografía personal (Quito, 2019) *Equipo de destilación por arrastre de vapor.*

**Procedimiento para la Formulación del aceite de romero y lavanda:**

- Una vez obtenido el aceite esencial de romero y lavanda, se lleva a la correcta dilución para su aplicación. Según Vanaclocha – Cañigueral, 2003, para el aceite de romero la relación es 10 gotas en 100 ml de aceite. Como vehículo se utiliza aceite mineral y glicerina.

## Gráfico 2. Equipo para formulación de Aceites esenciales



Fotografía personal (Quito, 2019) *Equipo para la formulación del aceite esencial de romero y lavanda.*

### 2.3 Del Tratamiento:

- Se seleccionarán 30 pacientes con Cefalea tipo tensional (CTT), que cumplan el requisito único de tener 18 años o más.
- Los pacientes diagnosticados con cefalea tipo tensional (CTT), son informados de forma individual, clara y precisa sobre el detalle del estudio y del proceso de la intervención con las terapias de Digitopresión en combinación con los aceites esenciales de romero y lavanda para mitigar el dolor que los

aqueja. Su aceptación para ser parte de la investigación se registrará por escrito mediante la firma del Consentimiento Informado (**Anexo 1**).

- La información de signos, síntomas, antecedentes personales, etc., quedarán registrados en el documento llamado Historia Clínica (Formato establecido por el ISTE), considerando la patología que se está tratando (**Anexo 2**).
- Se aplicará el aceite obtenido de romero y lavanda, en la dilución correcta, en dos de los puntos de digitopresión utilizados para tratar cefaleas: **Tae Yang (extra canal)**, Gran Brillante, ubicada en una depresión en la zona de las sienes, a 1 cun detrás del punto medio entre el extremo lateral de la ceja y comisura del ojo externo, y **DU 20 Bai Hui** Cien Reuniones, ubicado en el punto de reunión de la línea media con la parte superior de las orejas.
- Las primeras medidas incluirán la atención al correcto posicionamiento del paciente, prefiriendo la posición sentado o acostado en un shailon, eliminación de estímulos físicos irritantes como ruidos, olores, etc., para mantener el confort del paciente. Estas medidas serán de primera línea a elegir ante un paciente con dolor leve a moderado.
- El paciente descansará relajado, permitiendo la acción terapéutica de los aceites esenciales en los puntos de digitopresión elegidos.
- Trascurrido un período de tiempo prudente, se verificará la sensación de dolor del paciente utilizando el método EVA (Escala Visual Analógica), donde la intensidad del dolor se representa en

una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve, un valor entre 4 y 7 implica la presencia de dolor moderado, y un valor superior a 8 implica la presencia de un dolor muy intenso (severo).

- En un paciente que se comunica verbalmente, se utilizará la escala numérica verbal (0 a 10), donde el paciente elegirá un número que refleje el nivel de su dolor.

## CAPITULO II: CEFALEA TIPO TENSIONAL

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes en el servicio de emergencias. (Gómez, 2015). Se estima que el 47% de los adultos han sufrido por lo menos un episodio de cefalea en el último año.

El Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que las cifras de prevalencia de la cefalea en los países occidentales oscilan entre el 73-89% de la población masculina y entre el 92-99% de la población femenina. (Tapia, 2017).

Se observa que la prevalencia dentro de las cefaleas primarias, la cefalea tensional alcanza un 66% de la población, seguido de la migraña (15% y 2-3% de forma crónica). (Sentíes, 2008).

A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.

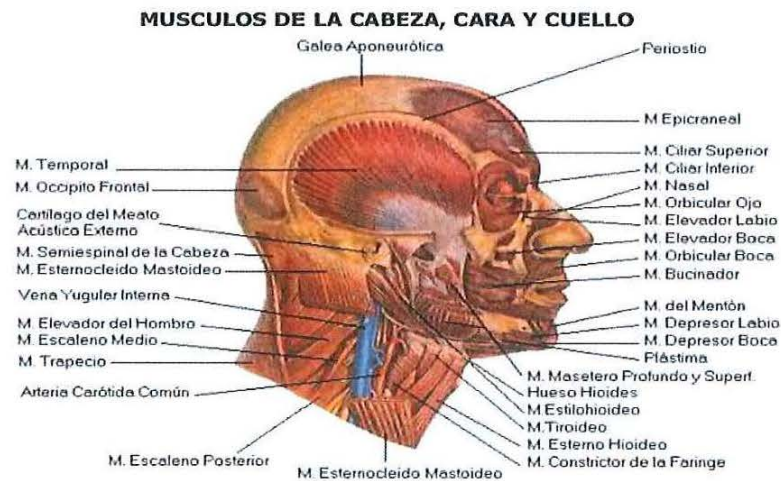
### 3.1 Definición de Cefalea Tipo tensional

“Se entiende por cefalea la presencia de dolor ubicado por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos hasta el centro del canal auditivo externo”. 1 (Gómez, Serna, 2015).

Se caracteriza por presentar dolor de localización bilateral, tensional u opresivo, de intensidad leve o moderada que frecuentemente es descrito como una sensación de tener una banda ajustada alrededor de la cabeza y, de duración de minutos o días.

En la cefalea tensional se comprueba un aumento de la sensibilidad de la musculatura pericraneal a la palpación manual en los músculos tales como frontal, temporal, masetero, esternocleidomastoideo, trapecio, entre otros.

**Gráfico 3. Esquema de los músculos de la cabeza, cara y cuello**



**Músculos de la cabeza, cara y cuello. Recuperado en línea:**  
<https://es.slideshare.net/FarhitDelaVirtud/musculos-de-cara-53630208>

### 3.2 Clases de Cefalea Tipo Tensional

#### 1. Cefaleas primarias

Conforman la mayoría de las consultas médicas por dolor de cabeza. Entre sus características se presentan: ausencia de enfermedades o condiciones anómalas que expliquen la cefalea, el dolor de cabeza es frecuente y su duración variable y hasta cierto punto las características de cada evento doloroso son uniformes.

Dentro de las cefaleas primarias, las más frecuentes son: migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos. La ubicación de los puntos de tensión, podemos observar en el gráfico 4, y sus características se detallan en la Tabla 1.

### **Migraña**

La migraña es una cefalea frecuente e incapacitante (Tapia, 2017). Afecta aproximadamente al 15 % de las mujeres y al 6% de los hombres en un período de un año. Es referida generalmente como un dolor de cabeza asociado a ciertas características como sensibilidad a la luz, al sonido o al movimiento, a menudo se acompaña de náusea y vómito. Esta enfermedad afecta al 15% de la población de predominio entre las edades de 22 y 55 años.

Migraña episódica: Cefalea que se presenta durante 1-14 días al mes. Puede ser:

- **Migraña sin aura:** Episodios periódicos con duración de 4-72 horas. Se caracteriza por localización unilateral, intensidad moderada o severa, pulsátil, empeora con la actividad física y se encuentra asociada a náuseas o fotofobia y fonofobia.
- **Migraña con aura:** Cefalea recurrente con duración de varios minutos, asociada a síntomas sensitivos o del sistema nervioso central, unilaterales, transitorios y visuales, los cuales se desarrollan gradualmente y suelen preceder la cefalea. El aura visual es el tipo más común de aura, con una incidencia de un 90%, en al menos algún episodio.

- **Migraña crónica:** Cefalea que se presenta durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que en un período de 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa. (Gómez, 2015).

### **Cefalea tensional**

Es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que alcanza un 66 %. Se clasifica en:

- **Cefalea tensional episódica:** Cefalea de localización bilateral, con dolor opresivo, de intensidad leve a moderada y con una duración de 30 minutos a 7 días. No empeora con la actividad física ni se encuentra asociada a náuseas o vómito, aunque puede presentar fotofobia o fonofobia leve. Puede ser:
  - ✓ Frecuente: Al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en 1-14 días al mes, en promedio durante más de 3 meses ( $\geq 12$  y  $< 180$  días al año).
  - ✓ Infrecuente: Al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en menos de 1 día al mes, en promedio  $< 12$  días al año.
- **Cefalea tensional crónica:** Evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente, con episodios diarios y que pueden durar desde minutos a días o incluso no tener remisión, con una duración de más de 3 meses. Este dolor no empeora con la actividad física, pero podría asociarse a náuseas leves, fotofobia o fonofobia.
- **Cefaleas en racimos:** Es la más común de las llamadas cefaleas trigeminales con síntomas autonómicos.

Generalmente, se manifiesta con ataques (al menos 5), de dolor severo estrictamente unilateral en región orbitaria, supraorbitaria, temporal, o en cualquier combinación de estos lugares, con una duración de 15-180 minutos y una frecuencia variable. El dolor puede asociarse a lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal o facial, edema palpebral, y/o a inquietud o agitación.

La cefalea en racimos posee 2 clasificaciones:

- ✓ Cefalea en racimos episódica: Se manifiestan en períodos que duran de siete días a un año, separados por épocas libres de dolor que duran como mínimo un mes.
- ✓ Cefalea en racimos crónica: Se presentan durante más de un año sin períodos de remisión o con espacios de remisión que duran menos de un mes.

**Gráfico 4. Ubicación de los puntos de tensión en cefaleas**



Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Cefalea tensional*. Recuperado en línea: [medlineplus.gov/spanish/ency/article/000797.htm](http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000797.htm)

Tabla 1. Características de las cefaleas primarias

Tipo de cefaleas	Cefalea tensional	Migraña	Cefaleas en racimos
<b>Características</b>			
<b>Número de crisis</b>	<p><b>Episódica:</b> al menos 10 episodios de dolor de cabeza.</p> <p>* Frecuentes : en un período de 1 - 14 días al mes o mayor o igual a 12 y menor a 180 días al año.</p> <p>* Infrecuentes: en un período de menor de 1 día al mes o menor de 12 días al año.</p> <p><b>Crónica:</b> Mayor a 15 días al mes o mayor 180 días al año.</p>	<p><b>Episódica:</b> en un período de 1-14 días al mes.</p> <p>* Sin aura: al menos 5 crisis.</p> <p>* Con aura: al menos 2 crisis.</p> <p><b>Crónica:</b> mayor o igual 15 días al mes.</p>	<p>Al menos 5 ataques de dolor.</p> <p>*Episódica: en un período de 7 días a 1 año, separados por épocas libres de dolor, que duran como mínimo un mes.</p> <p>*Crónica: en un período de mayor de 1 año, sin período de remisión o con espacios de remisión que duran menos de 1 mes.</p>
<b>Duración</b>	<p>Episódica: 30 minutos a 7 días</p> <p>Crónica: mayor a 3 meses.</p>	<p>Episódica: 4-72 horas</p> <p>Crónica: mayor a 3 meses.</p>	15 a 180 minutos
<b>Aspectos de la cefalea</b>	<p>Localización: bilateral</p> <p>Opresiva</p> <p>Intensidad: Leve – moderada</p> <p>No empeora con la actividad física.</p>	<p>Localización: unilateral</p> <p>Pulsátil</p> <p>Intensidad: Moderada - severa</p> <p>Empeora con la actividad física</p>	<p>Localización: Unilateral en región orbitaria, supraorbitaria, temporal, o en combinación.</p> <p>Dolor severo.</p>
<b>Síntomas asociados</b>	<p>Puede presentar fotofobia o fonofobia leve.</p> <p>No se encuentra asociada a náuseas o vómito.</p>	<p>Puede acompañarse de : Náuseas o vómito. Fotofobia o fonofobia .</p> <p>Aurea: visual, sensitiva, del habla o del lenguaje.</p>	<p>Al menos 1 de los siguientes: * Congestión nasal y / o rinorrea, lagrimeo.</p> <p>*Edema Palpebral. * Enrojecimiento facial o frontal. Sudoración facial o frontal.</p>

Academia Mexicana de Neurología A.C. *Cefalea en el servicio de urgencias: nuevos conceptos en el diagnóstico, la epidemiología y el tratamiento.* Recuperado en línea: [revmexneuroci.com/articulo/cefalea-mas-simple-dolor/](http://revmexneuroci.com/articulo/cefalea-mas-simple-dolor/)

## 2. Cefaleas secundarias

Se caracterizan por la presencia de un desorden exógeno que ocasiona la cefalea. Entre sus causas más frecuentes se encuentran: Infección sistémica, hemorragia subaracnoidea, tumor cerebral, desordenes vasculares, traumatismos, por abuso de medicación.

### Infección Sistémica (Meningitis)

Es un proceso inflamatorio agudo del sistema nervioso central causado por microorganismos (bacterias, virus, hongos o parásitos), que afectan las leptomeninges. El 80% de los casos ocurre durante la infancia, especialmente en menores de 10 años. Los agentes infecciosos más frecuente asociados a esta patología son: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningidis* y *Haemophilus influenzae*. (Gómez, 2015).

Este tipo de cefalea asociada a infección, puede confundirse con frecuencia con la migraña, ya que ambas pueden presentar dolor de cabeza, náuseas, vómito, fotofobia, entre otros.

### Hemorragia subaracnoidea

Representa el 2–5% de las manifestaciones súbitas y violentas de cefaleas, aunque causa aproximadamente el 25% de los fallecimientos relacionados con este. Entre las causas más frecuentes de este tipo de dolor se encuentran: ruptura de un aneurisma (la más frecuente), malformaciones arteriovenosas o hemorragia intraparenquimatosa. Se trata generalmente de una cefalea intensa

de comienzo súbito, que alcanza su mayor intensidad en segundos o minutos. (Gómez, 2015).

### Tumores cerebrales

Aproximadamente el 30% de los pacientes con tumor cerebral refieren que su principal síntoma es dolor de cabeza. Dicha cefalea, se caracteriza por ser indescriptible, intermitente y de intensidad moderada. Puede acompañarse de náuseas y vómito. Alrededor del 10% de estos pacientes pueden referir trastornos del sueño.

### Desórdenes vasculares (Arteritis temporal)

Trastorno inflamatorio que con frecuencia implica la circulación extracraneal de la arteria carótida. Se presenta después de los 50 años y sus síntomas típicos incluyen: dolor de cabeza unilateral, sensibilidad a la palpación de la arteria temporal, polimialgia reumática, claudicación mandibular, amaurosis fugaz, fiebre y pérdida de peso.

### Traumatismos (Trauma craneoencefálico)

La cefalea es importante en este tipo de trauma cuando es moderado o severo, puesto que se puede manifestar con signos y síntomas de hipertensión endocraneana y evidencia radiológica de hematomas o contusiones intracraneales. Los tipos más comunes de cefaleas luego de un traumatismo son: cefalea musculoesquelética (incluyendo el traumatismo craneal directo, cefalea cervicogénica y trastornos de la articulación temporomandibular), cefalea neurálgica, cefalea tensional y migraña.

## Cefalea por abuso de medicación

Se presenta en el 1-2% de la población general, principalmente en mujeres. Consiste en una cefalea que se presenta 15 días o más al mes en los últimos tres meses y que aparece o empeora con la ingesta excesiva y crónica de determinados fármacos habitualmente utilizados para el tratamiento de las cefaleas primarias, entre ellos los más utilizados: analgésicos, ergotamina, opioides, entre otros.(Tapia, 2017).

Existen también factores de riesgo específicos asociados a la transformación de cefalea episódica a moderada; entre ellos se encuentran:

Factores de riesgo no modificables: Sexo femenino, edad, predisposición genética, historia de lesiones en la cabeza, entre otros.

Factores de riesgo modificables: Acontecimientos estresantes, trastornos del sueño, obesidad, polimedicación, abuso del consumo de café, estados proinflamatorios y protrombóticos. Igualmente, la actividad laboral dedicada exclusivamente al hogar, la baja escolaridad, hipertensión arterial, dislipidemia, alcoholismo y el consumo de AINES (antiinflamatorios no esteroideos).

De lo expuesto, es necesario tomar en cuenta los siguientes signos de alarma: cefalea diaria crónica, nocturna o en la madrugada, durante el ejercicio, siempre en la misma localización, cefalea que no responde al tratamiento médico, con enfermedad sistémica (Fiebre, rigidez de nuca, rash), asociada a signos neurológicos focales, cambios mentales o de conciencia, crisis epilépticas, en pacientes con SIDA o cáncer, y cefalea de inicio después de los 50 años.

### 3.3 Causas de la cefalea tensional

Cualquier actividad que obligue a la cabeza a mantener una sola posición durante mucho tiempo sin moverse puede ocasionar dolor de cabeza. Tales actividades pueden incluir teclear u otros trabajos en computadoras, trabajos minuciosos con las manos y el uso de un microscopio. Dormir en una habitación fría o con el cuello en una posición anormal también puede desencadenar este tipo de dolor de cabeza.

Pueden ocurrir a cualquier edad, aunque son más comunes en los adultos y los adolescentes mayores. Esto es ligeramente más común en mujeres y tiende a ser hereditario.

Otros desencadenantes de las cefaleas tensionales son: estrés físico o emocional, cafeína (demasiada o abstinencia de ésta), resfriados, gripe, problemas dentales como apretamiento de la mandíbula o rechinar de los dientes, tensión ocular, consumo excesivo de cigarrillo, esfuerzo excesivo, fatiga.

## CAPITULO III: DIGITOPRESIÓN

### 4.1 Qué es la Digitopresión

La digitopresión es el arte de tratar mediante la presión con los dedos en diferentes partes del cuerpo y con diferentes métodos. Se basa en los principios de acupuntura que es parte de la Medicina Tradicional China y, además, en muchos casos utiliza puntos acupunturales que están en los meridianos energéticos para lograr la recuperación de la salud. (León).

#### Historia de la Digitopresión

El origen de la digitopuntura se remonta a China hace más de 4000 años. En la obra más antigua de medicina que apareció en China, el HUANGDI NEIJING (Canon de la Medicina Interna), compilada entre 500 y 300 A.C, se describe las teorías básicas de la Medicina tradicional China tales como el Yin-Yang, los Cinco elementos, Zang-Fu (órganos-viscera), los meridianos, sustancias vitales, el Qi (energía vital), Xue (sangre), esencia y líquidos orgánicos; así como conocimientos fundamentales sobre puntos de digitopuntura. (León).

El concepto chino de Yin-Yang representa cualidades opuestas pero complementarias. Cada cosa o fenómeno puede ser el mismo y su contrario. Sin embargo, el Yin contiene la semilla del Yang y viceversa (Macciocia, 2001).

En la medicina tradicional china, no existe ningún proceso patológico monocausal o unidireccional, sino que siempre se trata de la interacción de diferentes factores:

- Externos ( somáticos , condicionados por el clima)
- Internos ( psíquicos)
- Neutros ( errores en la alimentación, parásitos y estilos de vida)

Estas características hacen de la medicina china una medicina holística, es así que las influencias emocionales como factores patológicos internos, son equiparables a otros factores patológicos en sentido holístico. A diferencia de la medicina occidental, nunca se consideraron como un proceso patológico aislado. (Bihlmaier, 2015).

### **Usos de la digitopuntura**

Los usos de la digitopuntura son muy amplios: transferir energía desde un punto o área a otro punto o área, dispersar excesos, tonificar áreas que se encuentran en déficit, equilibrar la energía.

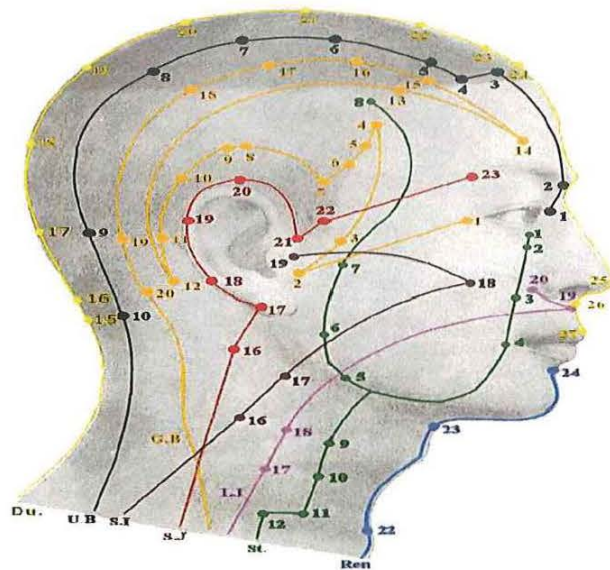
Cada punto de acupuntura corresponde a un paquete neurovascular, en un 80% de los casos, los puntos se corresponden con las zonas de paso del paquete neurovascular a través de la fascia superficial; el efecto más conocido, es la analgesia a través de la liberación de endorfinas del hipotálamo. (Bihlmaier, 2015).

### **4.2 Puntos para el tratamiento de cefalea tipo tensional**

Todas las partes del cuerpo tienen un carácter predominante Yin o Yang, de gran importancia en la práctica clínica. Como regla general Yang es superior y Yin es inferior. La cabeza es Yang. Es el lugar donde empiezan o terminan todos los canales Yang, es decir, es en la cabeza donde todos se encuentran y desembocan unos en otros. Estos son: Intestino Grueso,

Intestino Delgado, Vejiga, Vesícula Biliar y Triple recalentador, Estómago, que llevan el Yang claro a la cabeza y orificios, permitiendo por lo tanto a la persona ver, oír, saborear y oler claramente.

**Gráfico 5. Meridianos YANG**



Apuntes de acupuntura. *Meridianos Yang*. Extraído en Línea. <https://www.pinterest.es/pin/318981586101825928/>

Como la cabeza es la parte más alta del cuerpo, la energía Yang tiene tendencia a elevarse y en situaciones patológicas, el calor o fuego tenderán a elevarse. También, la cabeza es afectada fácilmente por los factores patógenos Yang como el viento, calor. (Maciocia, 2001).

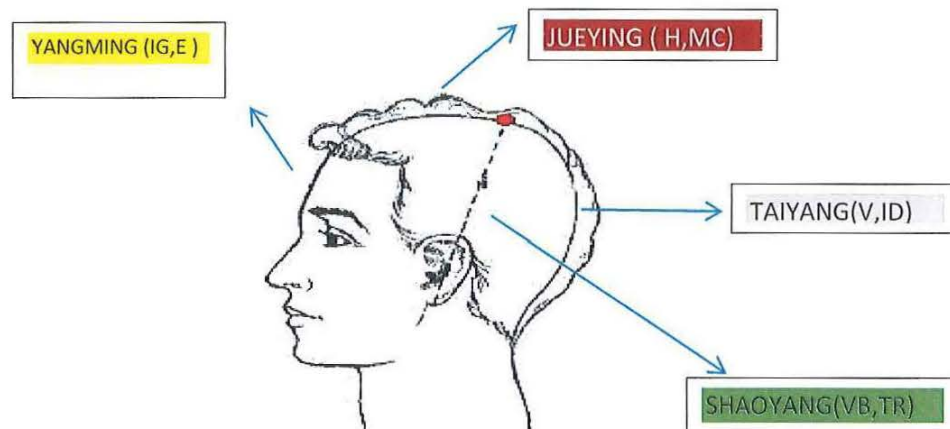
En cuanto al tema de investigación, la cefalea tipo tensional, siempre se debe tomar en cuenta el lugar exacto donde ésta ocurre. Esto permitirá encontrar la relación con el recorrido del meridiano correspondiente.

**Tabla 2. Mapa Energético de la cabeza**

MAPA ENERGÉTICO DE LA CABEZA		
Ubicación	Grupo	Meridianos
Zona occipital	TAI YANG	Intestino Delgado, Vejiga
Zona temporal	SHAO YANG	Triple Recalentador, Vesícula Biliar
Zona Frontal y supraorbital	YANG MING	Intestino Grueso, Estómago
Vértex	JUE YIN	Higado, Maestro de Corazón.

Jimena Altamirano (2019) Mapa energético de la cabeza, con su ubicación y meridianos correspondientes.

**Gráfico 6. Localización de los puntos del Mapa energético de la cabeza**



Acupuntura y Migraña. *Mapa energético de la cabeza*. Extraído en línea. [https://http2.mlstatic.com/migrana-y-cefaleas-con-acupuntura-acupraxis-D\\_NQ\\_NP\\_918848-MLA31656149381\\_082019-F.jpg](https://http2.mlstatic.com/migrana-y-cefaleas-con-acupuntura-acupraxis-D_NQ_NP_918848-MLA31656149381_082019-F.jpg)

Las cefaleas pueden distinguirse según el comienzo, tiempo, localización, carácter del dolor, circunstancias de agravación.

Tabla 3. Variaciones de cefalea.

COMIENZO	
Manifestación	Significado
Cefalea aguda : de comienzo reciente y corta duración	Ataque externo de viento frío
Cefalea crónica de comienzo gradual	Desarmonía interna, estancamiento de sangre
Cefalea severa	Signo de exceso
Cefalea suave o insidiosa	Signo de déficit
HORA DEL DIA	
Manifestación	Significado
Diurna	Déficit de Qi o Yang
Nocturna	Déficit de sangre o de Yin
LOCALIZACIÓN	
Manifestación	Significado
Cefalea Tai Yang ( occipital)	Invasión externa de viento frío, o por insuficiencia de riñón.
Cefalea Yang Ming ( frente )	Calor en el estómago o déficit de sangre
Cefalea Shao Yang ( Sienes - parietal)	Puede ser viento frío externo o viento calor en el Shao Yang o ascenso del fuego interno Vesícula Biliar.
Cefalea leve Jue Yin ( vertex)	Déficit de sangre en Hígado
Cefalea hemicránea derecha	Problemas de la esfera racional
Cefalea hemicránea izquierda	Problemas de la esfera afectiva o creativa
CARÁCTER DEL DOLOR	
Manifestación	Significado
Sensación de pesadez	Humedad o flema
Sensación de cabeza vacía, visión borrosa	Déficit de Qi y Sangre
Dolor en el interior de la cabeza "dañado el cerebro"	Déficit de riñón
Sensación de cabeza hinchada, palpitación	Aumento de yang de Hígado
Perforación como un clavo en un pequeño punto	Estancamiento de sangre
CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN	
Manifestación	Significado
Cefalea con aversión al viento o al frío	Invasión externa.
Agravada por el frío	Síndrome de frío
Agravada por el calor	Síndrome de calor
Agravada por la fatiga, mejorada por el descanso	Insuficiencia de Qi

María Elena Díaz (2010). Diagnóstico Naturopático. *Variaciones de cefaleas*

Una condición frecuente en las cefaleas son los mareos. Los mareos pueden deberse a cuatro factores que se resumen en: viento, fuego, flema, e insuficiencia.

El principal modo de distinguir los diferentes tipos de mareos es mediante la integración de los síntomas y signos que los acompañan.

El vértigo grave, cuando todo parece tambalearse y la persona pierde el equilibrio, es debido normalmente al viento interno. El mareo leve, acompañado por una sensación de pesadez y atontamiento de la cabeza, indica obstrucción de flema en la cabeza que impide que el Yang claro ascienda a la cabeza (Maciocia, 2001).

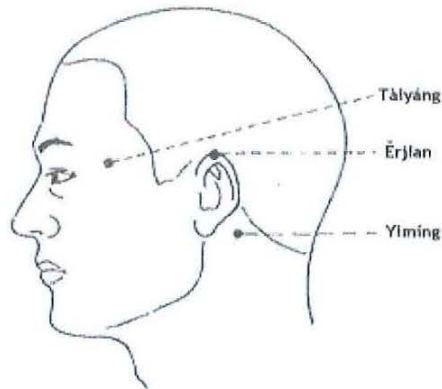
Según la Medicina China, las causas del dolor de cabeza son muy variadas y pueden implicar desarreglo tanto físico como emocional. Se puede resumir estas causas de la siguiente manera:

- La tensión emocional, sobre todo ira, cólera, preocupación, tristeza, miedo.
- El exceso de actividad física, exceso de actividad sexual.
- La alimentación irregular (exceso de alimentos grasos, exceso de alimentos calientes, picantes, comer demasiado o en horarios diferentes).
- Los traumatismos pueden dar un estancamiento de sangre crónico en la cabeza, provocando cefalea.
- Estados de anemia, por grandes pérdidas de sangre.
- Elementos climáticos (el viento, el ambiente húmedo, el frío pueden desencadenar o agravar el dolor de cabeza.

En Cefalea, los puntos a utilizar son: Tai Yang, EL gran sol ( brillante) y DU 20 Bai Hui.

**Tai Yang . EL gran sol ( brillante).** Ex-CC. Extra canal.

**Gráfico 7. Tai Yang**



Nomenclatura de Meridianos. *Taiyang*. Extraído en línea.  
<http://www.acupunturachina.com/es/notas/nomenclatura-de-meridianos.php>

Localización: En una depresión en la zona de las sienes, 1 cun lateral a la línea de cruce entre el extremo de la ceja y el canto ocular externo.

Indicaciones principales: Cefaleas en distintos lugares, disfunciones de los ojos, neuralgia del trigémino.

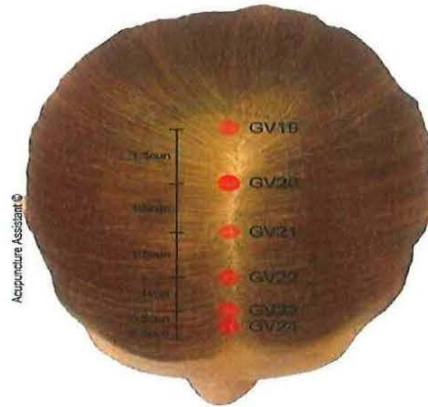
Acción:

Aclara el calor, reduce los edemas, relaja las ramificaciones y calma el dolor.

Es un punto de acupresión conocido en casos de migrañas.

## DU 20 Bai hui. Cien reuniones

Gráfico 8. Bai Hui.



Acupuncture point. *Bai Hui*. Extraído en línea.  
<https://www.pinterest.com/pin/25755029100325646/>

Localización: En la línea media de la cabeza, 5 cun dentro del cabello, desde la línea anterior del cabello, en una línea sobre la parte superior de la cabeza que conecta los vértices de las dos orejas.

Indicaciones: Condiciones de desasosiego, sueño alterado, todos los tipos de cefaleas, vértigo.

## CAPITULO IV: ACEITES ESENCIALES DE ROMERO Y LAVANDA

### 5.1 Qué son los aceites esenciales

Los aceites esenciales han sido considerados desde varios milenios, por los terapeutas de todo el mundo, siendo utilizadas en un sinfín de aplicaciones, esto debido a la presencia en sus esencias de principios activos conocidos y con actividad terapéutica comprobada (Flores, M 2010).

Se denominan aceites esenciales a la mezcla de sustancias orgánicas volátiles, de composición compleja, que se encuentran en ciertas plantas y se obtienen por destilación. Los compuestos presentes en los aceites esenciales son en su mayoría monoterpenos y sesquiterpenos; se trata de moléculas hidrocarbonadas o con funciones oxigenadas simples, alcohol, fenol, aldehído, cetona, éter, éster o peróxido (Vanaclocha–Cañigüeral 2003).

Los aceites esenciales son creados al usar una gran cantidad de materia vegetal. El producto final se encuentra altamente concentrado y a menudo debe diluirse antes de ser utilizado. Estos aceites son compuestos biológicamente activos que tienen efectos terapéuticos en cantidades mínimas.

Los aceites esenciales tienen una amplia variedad de propiedades medicinales y pocos efectos secundarios, mientras que las fragancias sintéticas podrían ser tóxicas y normalmente contienen sustancias químicas alergénicas.

Los aceites esenciales son la base para la aromaterapia, la práctica de utilizar aceites naturales para beneficiar a la salud física y psicológica. Inhalar el aroma de estos aceites podría tener un poderoso efecto sobre la función cerebral y, por lo tanto, un efecto sobre la función física.

## Métodos de Extracción

Destilación por arrastre de vapor: El proceso está basado en que la mayor parte de las partes aromáticas que se encuentran en una materia vegetal pueden ser arrastradas por el vapor de agua. Es una destilación de mezcla de dos líquidos inmiscibles y consiste, en una vaporización a temperaturas inferiores a las de ebullición de cada una de los componentes volátiles por efecto de una corriente directa de vapor de agua, el cual ejerce la doble función de calentar la mezcla hasta su punto de ebullición y disminuir la temperatura de ebullición. Los vapores salen y se enfrían en un condensador donde regresan a la fase líquida, los dos productos inmiscibles, agua y aceites esenciales y finalmente se separan en un decantador o vaso florentino (Flores, 2010).

### **5.2 Principios constituyentes y acción farmacológica de los aceites esenciales de Romero y Lavanda**

**Gráfico 9. Material vegetal seco de romero y lavanda**



Fotografía personal (Quito, 2019). *Material vegetal seco de romero y lavanda.*

El romero es una especia y hierba medicinal usada desde tiempos inmemoriales y el interés en su uso ha ido en aumento debido al progresivo estudio de sus compuestos con propiedades antioxidantes, antimicrobianas y antiinflamatorias (Cervera, 2015).

Parte utilizada: Se emplea la hoja desecada.

#### Principales constituyentes:

La hoja de romero contiene aceite esencial (1,0 – 2,5%), cuya composición puede variar de forma notable según el quimiotipo que se trate así como la etapa de desarrollo de la planta en el momento de la recolección. Los componentes más característicos son: 1,8 – cineol (20 – 50%), alfa- pineno (15 – 25%), alcanfor (10 – 25%), canfeno (5 – 10%), borneol (1 – 6%), acetato de bornilo (1 – 5%) y alfa- terpineol (12- 24%) (Vanaclocha – Cañigual 2003).

#### Acción Farmacológica:

El aceite esencial, por vía tópica, posee acción estimulante de la circulación. Por vía externa se utiliza tanto en forma de aceites, pomadas o alcohol de romero como coadyuvante en el tratamiento de enfermedades reumáticas y alteraciones circulatorias periféricas.

Un estudio utilizó un modelo animal, demostró la eficacia del aceite de romero como agente analgésico y antiinflamatorio. También se ha demostrado el beneficio en el tratamiento de los síntomas de abstinencia a los opioides, disminuyendo el dolor y tratamiento del insomnio. De esta manera, el romero podría ayudar a reducir el dolor de cabeza y mejorar el sueño, un factor desencadenante común de dolores de cabeza adicionales.

### Indicaciones:

Según ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy ), y la Comisión Europea del Ministerio de Sanidad Alemán, los preparados de hoja de romero se emplean por vía interna para el tratamiento de trastornos digestivos, particularmente debidos a deficiencias hepatobiliares . Por vía externa, se utiliza en forma de aceites, pomadas o alcohol de romero, como coadyuvante en el tratamiento de enfermedades reumáticas y alteraciones circulatorias periféricas (Vanaclocha – Cañigüeral 2003).

#### ❖ **Lavanda ( *Lavandula angustifolia* )**

Parte utilizada: Las sumidades floridas.

### Principales constituyentes:

Aceite esencial especialmente rico en monoterpenos (linalol, 20 – 45%; acetato de linalilo, terpinen- 4 -ol, 25 – 45 %; lavandulol, 6%; acetato de lavandulilo, alcanfor), sesquiterpenos: entre los que destaca el epóxido de cariofileno.

### Acción farmacológica:

Su principal acción farmacológica es producir un efecto sedante. Popularmente se considera que su inhalación produce un efecto tranquilizante, porque estimula las células cerebrales de una manera similar a la forma en que funcionan los sedantes, lo que induce a la relajación. Por ello se preparan almohadas con flor seca de lavanda para ayudar a conciliar el sueño.

### Indicaciones:

Sus indicaciones aprobadas por la Comisión E son para: estados de intranquilidad, insomnio, trastornos funcionales digestivos de origen nervioso. En forma de baños, para el tratamiento de trastornos circulatorios funcionales. Un estudio clínico reciente (doble ciego, aleatorizado frente al placebo), sugiere que la lavanda puede ser un buen coadyuvante en el tratamiento de la depresión leve o moderada.

Tiene propiedades sedantes y tonifica el corazón; así como reduce la hipertensión. Debido a esa acción sedante tranquiliza los nervios y, es muy recomendable en depresiones, insomnio y dolores persistentes de cabeza.

La posología para el uso del aceite esencial indica: 1 a 4 gotas (20 – 80 mg aproximadamente) (Vanaclocha – Cañigüeral 2003).

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

La presente investigación se realizó en la Provincia de Pichincha, Cantón Mejía, Parroquia Machachi, en pacientes referidos del Área de consulta Psicológica de la Unidad de Salud Tipo A del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en un período de 2 meses. Los pacientes en mención cumplen con el requisito de ser mayores de edad y presentar al momento del tratamiento episodios de Cefalea Tensional, obteniéndose 30 pacientes para el presente estudio.

Se utilizó la Escala Visual Analógica (**EVA**), que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

La valoración será:

**Tabla 4. Escala de valoración de la intensidad del dolor**

Nivel del dolor	Denominación	Características
0	NULO	Paciente sin dolor
1	LEVE	Paciente puntúa en $>0$ a $\leq 3$ de una escala 1-10
2	MODERADO	Paciente puntúa su dolor entre 4 – 7
3	SEVERO	Paciente puntúa su dolor $\geq 8$

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Escala de valoración de la intensidad de dolor*. Tabla elaborada en base a la EVA.

Y para grupos de edad:

**Tabla 5. Escala de segregación de grupos por edad de pacientes**

Grupo	Edad	Categoría
1	18 a 30 años	A
2	31 a 49 años	B
3	Mayor de 50 años	C

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Escala de segregación de grupos por edad de pacientes*. Tabla elaborada en base a los datos encuestados.

- **Distribución de la población por género**

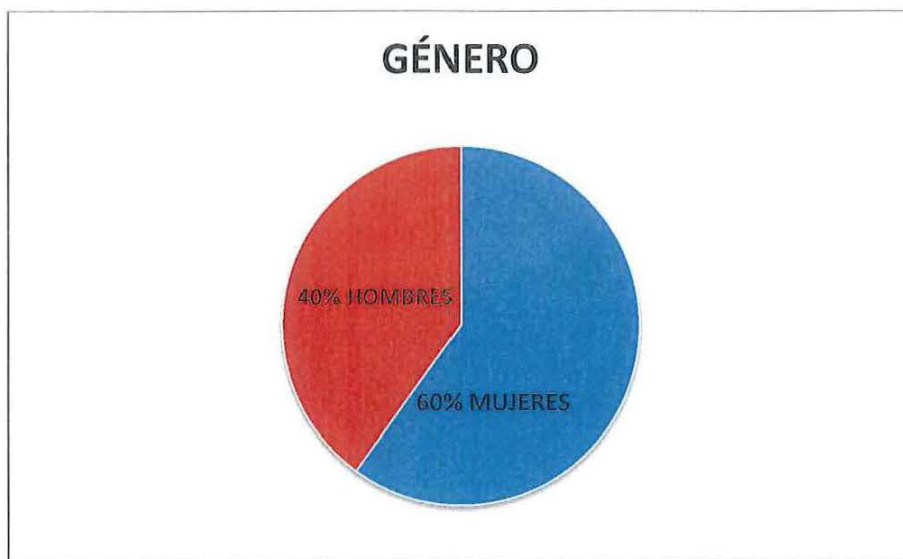
De los 30 pacientes que fueron investigados, 18 que corresponde al 60%, corresponden al género femenino, mientras que 12, el 40% al género masculino. Esto indica, que son las mujeres las más propensas a sufrir episodios de cefalea tensional, posiblemente debido a que, a más del trabajo remunerado que muchas realizan por situación profesional, etc., también deben ocuparse del bienestar familiar que implica mantenimiento del orden en el hogar, atención de hijos, conyugue y más detalles propios, en la sociedad en que se convive, de las mujeres.

**Tabla 6. Distribución de la población por género**

GÉNERO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	18	60
MASCULINO	12	40
TOTAL	30	100

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por género*. Tabla elaborada en base a los datos obtenidos.

**Gráfico 10. Distribución de la población por género.**



Amparo Jimena Altamirano (2019). *Escala de segregación de grupos por edad de pacientes*. Gráfico elaborada en base a los datos obtenidos.

- **Distribución de la población por edad**

Se atendieron pacientes cuyas edades fluctuaron entre 69 años (la de más avanzada edad) y 20 años la persona más joven en consulta. El promedio de edad de los pacientes fue 41,8 años.

El grupo de edad que más consultó por cefalea tensional fueron personas cuya edad fluctuó en el rango de 31-49 años, alcanzando el 50% del total de consultas. Le siguieron, en frecuencia de consultas, los pacientes mayores a 50 años con un 33.33 % y, finalmente los pacientes entre 18 – 30 años con un 16.66 %.

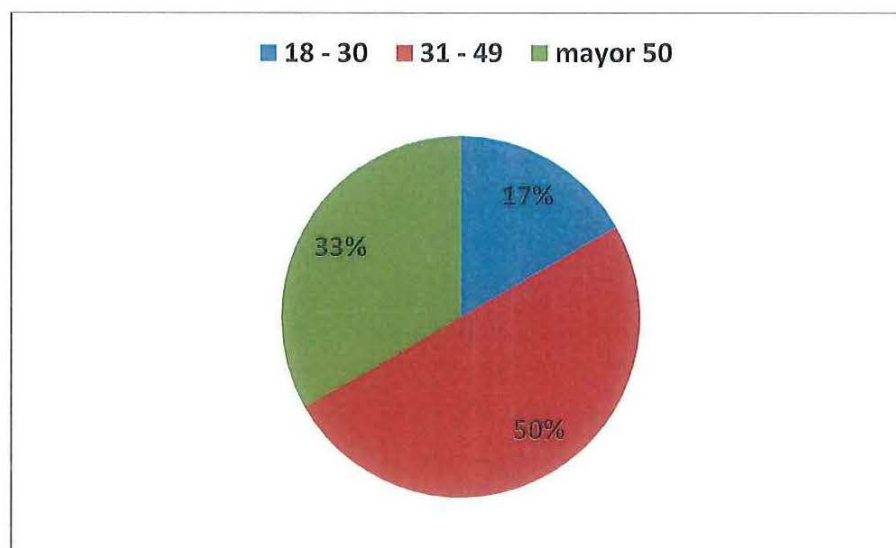
Se podría manifestar que el que exista problemas de cefalea tensional en el nicho comprendido entre 31-49 años es lógico, debido a que la mayor parte de la población económicamente activa en el Ecuador, se ubican en personas cuyas edades fluctúan entre 25-50 años de edad; además, la mayoría cumplen funciones de jefes de hogar y tienen una familia que dependen de ellos. En personas mayores de 50 años se puede aducir cefaleas tensionales por achaques propios de la edad y, el grupo comprendido entre 18-30 años, acaso viven todavía una vida más relajada, con menos problemas.

**Tabla 7. Distribución de la población por edad.**

GRUPOS DE EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
18 – 30	5	16,66
31 – 49	15	50,00
mayor 50	10	33,33
Total	30	100,00

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por edad*. Tabla elaborada en base a los datos obtenidos

**Gráfico 11. Distribución de la población por edad.**



Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por edad*. Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

- **Distribución de la población por el número de crisis.**

En la **Tabla 8**, se puede observar que la mayoría de pacientes (76,65%), presentaron episodios de cefalea tipo tensional infrecuente; es decir, en estos pacientes los eventos ocurren ocasionalmente, una vez al mes o alrededor de 12 veces al año. Generalmente estos episodios están relacionados con estrés laboral, familiar, agotamiento, etc.

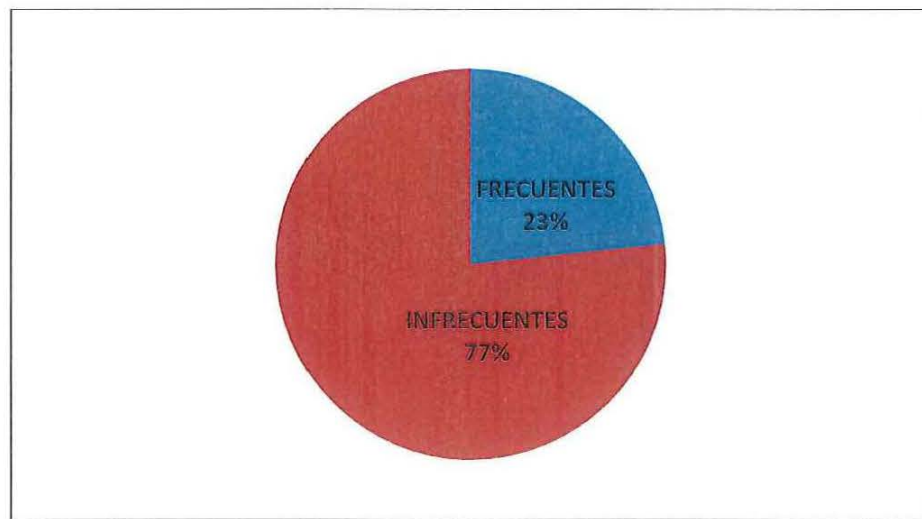
El otro 23,33% de los pacientes investigados, que presentaron una recurrencia del problema mayor, por lo que fue catalogada como Frecuente, en la mayoría de sus casos, el problema ocurre por factores externos como el uso continuo de computadoras, trabajar en zonas de alta incidencia de ruidos por encima de los niveles permitidos y, sobre todo, escaso acceso a ayuda profesional que detecte el origen real del problema.

**Tabla 8. Porcentaje de pacientes con crisis frecuentes e infrecuentes.**

DESCRIPCIÓN	NÚMERO PACIENTES	(%)
<b>FRECUENTE: 1-14 días/ mes, mayor o igual a 12 y menor 180 días/año.</b>	7	23,33%
<b>INFRECUENTE: en un período de menor a 1 día/mes; o menor a 12 días/año.</b>	23	76,66%
<b>TOTAL</b>	30	100%

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por episodios de crisis*. Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

**Gráfico 12. Distribución de la población por episodios de crisis**



Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por episodios de crisis*. Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

- **Distribución de la población por la duración de la cefalea tensional.**

En la **Tabla 9**, se puede observar que el 100% de los pacientes presentó Cefalea Tensional Episódica; es decir, sus episodios dolorosos son de corta duración, lo cual es común en este tipo de problemas que derivan del estrés laboral o familiar.

**Tabla 9. Porcentaje de pacientes con cefaleas tensionales episódica y crónicas.**

DURACIÓN DEL EPISODIO		
Descripción	Número de Pacientes	(%)
EPISÓDICA : 30 MINUTOS A 7 DÍAS	30	100,00
CRÓNICA: MAYOR A 3 MESES	0	0,00
TOTAL	30	100,00

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Porcentaje de pacientes con cefalea episódica y crónica*. Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

- **Distribución de la población con cefalea tensional infrecuente, episódica, que durante el tratamiento de dos meses, presentó un segundo episodio.**

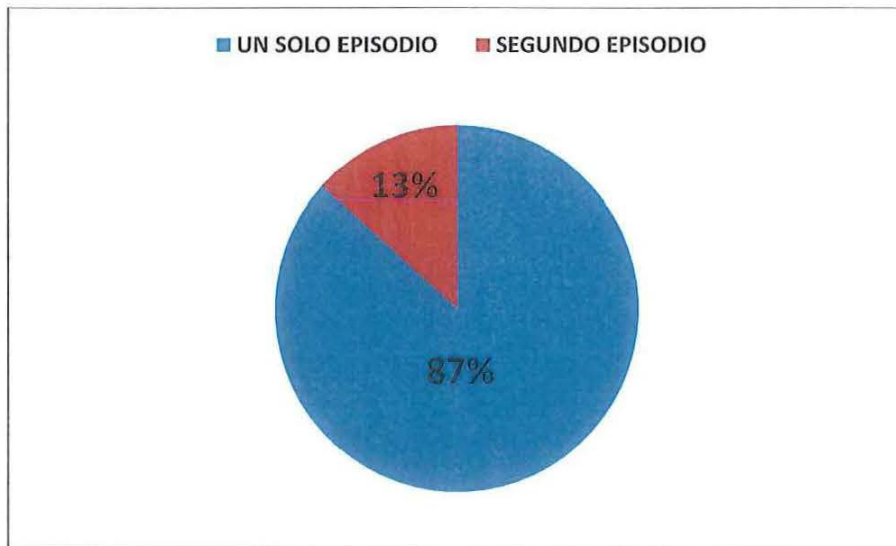
Solamente el 13,33% de los pacientes (4), presentaron episodios recurrentes de cefalea tensional durante los dos meses en que se realizó la evaluación. Esto posiblemente se deba a que una vez subsanadas las causas que la ocasionaron, la recurrencia se presenta en un período más espaciado de tiempo (**Tabla 10**).

**Tabla 10. Porcentaje de pacientes con recurrencia o no de episodios de cefalea tensional.**

CEFALEA TENSIONAL. NÚMERO DE EPISODIOS		
DESCRIPCIÓN	Número de Pacientes	(%)
UN SOLO EPISODIO	26	86,66
SEGUNDO EPISODIO	4	13,33
TOTAL	30	100,00

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Porcentaje de pacientes con recurrencia o no de episodios de cefalea tensional.* Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

**Gráfico 13. Porcentaje de recurrencia de cefalea tensional en pacientes evaluados. Machachi, 2019.**



Amparo Jimena Altamirano (2019). *Porcentaje de recurrencia de cefalea tensional.* Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

- **Distribución de la población por resultados**

En la **Tabla 11**, se puede observar que de 4 consultas a pacientes aquejados de un dolor catalogado como leve (2 consultas al mismo paciente Código CTT-001), después del tratamiento de digitopresión y aplicación del aceite esencial de romero y lavanda, 3 de ellos experimentaron una mejoría total, es decir, no presentaron ningún dolor; uno de los pacientes experimentó una mejoría significativa, en vista que antes del tratamiento manifestaba un dolor nivel 4 en la escala de 1-10 y, después del tratamiento, manifestó que el dolor que sentía era de nivel 1.

**Tabla 11. Distribución de la población por resultados antes y después de la aplicación del tratamiento. Machachi, 2019.**

CODIGO	EDAD	GÉNERO	EVA INICIAL	EVA INTENSIDAD DOLOR	EVA FINAL	EVA INTENSIDAD DOLOR
CTT-001	55	M	3	L	0	NULO
CTT-001	55	M	3	L	0	NULO
CTT-002	36	F	7	M	2	LEVE
CTT-003	49	M	3	L	0	NULO
CTT-004	50	F	6	M	3	LEVE
CTT-004	50	F	7	M	3	LEVE
CTT-005	38	F	9	S	3	LEVE
CTT-006	54	M	5	M	2	LEVE
CTT-007	30	F	4	M	0	NULO
CTT-008	50	F	7	M	3	LEVE

CTT-009	53	F	5	M	2	LEVE
CTT-010	53	F	7	M	2	LEVE
CTT-011	41	F	7	M	2	LEVE
CTT-011	41	F	5	M	1	LEVE
CTT-012	56	F	4	M	1	LEVE
CTT-013	69	F	6	M	2	LEVE
CTT-014	28	M	6	M	0	NULO
CTT-015	39	F	6	M	2	LEVE
CTT-016	43	M	5	M	1	LEVE
CTT-017	23	M	6	M	2	LEVE
CTT-018	37	F	4	M	2	LEVE
CTT-019	32	F	7	M	1	LEVE
CTT-019	32	F	5	M	3	LEVE
CTT-020	44	F	7	M	1	LEVE
CTT-021	30	M	6	M	1	LEVE
CTT-022	60	F	5	M	2	LEVE
CTT-023	38	F	9	S	0	NULO
CTT-024	26	F	4	L	1	LEVE BAJA INTENSIDAD
CTT-025	33	M	7	M	4	MODERADO BAJA INTENSIDAD
CTT-026	20	M	6	M	4	MODERADO BAJA INTENSIDAD

CTT-027	50	M	6	M	2	LEVE
CTT-028	42	F	5	M	1	LEVE
CTT-029	33	M	6	M	1	LEVE
CTT-030	34	M	5	M	2	LEVE
NÚMERO DE PACIENTES. INICIAL	EVA INTENSIDAD DOLOR INICIAL		EVA INTENSIDAD DOLOR FINAL			
2	LEVE		0			
1	LEVE		LEVE DE MENOR INTENSIDAD			
2	MODERADO		0			
1	SEVERO		0			
21	MODERADO		LEVE			
1	SEVERO		LEVE			
2	MODERADO		MODERADO DE MENOR INTENSIDAD			

Amparo Jimena Altamirano (2019). *Distribución de la población por resultados antes y después de la aplicación del tratamiento*. Gráfico elaborado en base a los datos obtenidos

En la misma **Tabla 11**, también se puede apreciar, que 25 pacientes se presentaron al tratamiento manifestando cefalea tensional de un nivel moderado (4-7), según la escala establecida. De ellos, 2 manifestaron después del tratamiento que el dolor había desaparecido; 21 pacientes adujeron que el nivel de dolor había disminuido hasta un valor considerado como leve y, 2 pacientes sintieron que el dolor había decaído de un moderado intenso a un moderado de intensidad menor. Se debe tomar en cuenta que en este rango de intensidad de dolor, 3 pacientes fueron tratados en dos ocasiones por que el dolor volvió a aparecer en los días siguientes.

Solamente 2 pacientes manifestaron, en la evaluación inicial, que presentaban un dolor muy fuerte, catalogado como severo. Una vez aplicado el tratamiento, uno de los pacientes experimentó una mejoría total, es decir, el dolor desapareció completamente. El otro paciente sintió una mejoría muy significativa pues, de un dolor inicial puntuado con 9, éste se redujo a un dolor leve de 3. (**Tabla 11**).

Del análisis de la tabla de resultados (**Tabla 11**), se puede expresar satisfacción total con la investigación realizada en vista de que en el 100% de los casos se obtuvieron mejorías muy significativas en el manejo de la Cefalea tensional.

Estos datos corroboran lo expuesto por algunos autores, entre ellos Vanaclocha, Cañigual, 2003 y Cervera, 2015 quienes manifestaron que los aceites esenciales de romero y lavanda presentan una acción sedante que tranquiliza los nervios y, es muy recomendable en depresiones, insomnio y dolores persistentes de cabeza.

## CONCLUSIONES

1.- Del grupo de pacientes tratados (30 pacientes), se concluye que la mayoría correspondió al género femenino (18 pacientes), por lo que se puede aseverar que, son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de cefalea tensional probablemente por situaciones de estrés laboral y familiar.

2.- Del grupo tratado, se pudo observar que el rango de edad que presenta más problemas de cefalea tensional, está en aquellos situados entre los 31-49 años de edad (50%), probablemente por ser parte de la población económicamente activa en su mayoría y, quizá por tener que cargar con responsabilidades de manejo familiar, conyugal, etc.

3.- La cefalea tipo tensional clasificada como moderada, con un rango en la escala EVA de 4 a 7, se presentó con mayor frecuencia, en vista de que 25 de los 30 pacientes evaluados (83,3%), manifestaron un tipo de dolor moderado en la escala propuesta de evaluación.

4.- Se pudo observar que la mayoría de pacientes (76,65%), presentaron episodios de cefalea tipo tensional infrecuente; es decir, en estos pacientes los eventos ocurrieron ocasionalmente, una vez al mes o alrededor de 12 veces al año.

5.- El 13,33% de los pacientes (4), presentaron episodios recurrentes de cefalea tensional durante los dos meses en que se realizó la evaluación. Esto posiblemente se deba a que en el 86,67% restante, una vez subsanadas las causas que la ocasionaron, el dolor se presenta en un período más espaciado de tiempo.

6.- Existe un efecto terapéutico en la aplicación del aceite esencial de romero (*Rosmarinus officinalis*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*), para tratamiento de cefalea tensional en combinación con la digitopresión, en adultos aplicando en Tai Yang extracanal y Du 20. El 100% de los pacientes tratados experimentó una mejoría muy significativa, incluso cuando se trató de dolores muy severos.

7.- Con los resultados obtenidos de la mejoría del 100 % de los pacientes tratados, se concluye que la combinación de la digitopresión, en adultos aplicando en Tai Yang extracanal y Du 20 Bai Hui, junto con los aceites esenciales de romero y lavanda tiene un beneficio terapéutico, sobre cefalea tensional en adultos.

8.- EL 96,66 % de los pacientes (29), experimentaron un efecto de relajación y sedación luego de la aplicación de las esencias naturales de romero y lavanda en los puntos Tai Yang y Du 20.

9.- El 96,66 % de los pacientes (29), manifestaron un grado de satisfacción de Muy Satisfechos, y estarían dispuestos a continuar con esta terapia.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Ampliar el tiempo de estudio de digitopresión en los puntos en Tai Yang extracanal y Du 20 en combinación con la aplicación de aceite de romero (*Rosmarinus officinalis*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*), para tratamiento de cefalea tensional, en mayor número de pacientes, con la finalidad de validar los resultados obtenidos en esta investigación.
- 2.- Socializar esta terapia para implementar su uso.
- 3.- Evaluar si la digitopresión en los puntos en Tai Yang extracanal y Du 20 en combinación con la aplicación de aceite de romero y lavanda, reduce el número de episodios de cefaleas tensional.
- 4.- Ampliar es estudio de la digitopresión en los puntos en Tai Yang extracanal y Du 20 en combinación con la aplicación de aceite de romero y lavanda como una opción de tratamiento, comparándola con el tratamiento farmacológico.
- 5.- De acuerdo a los resultados obtenidos es importante fomentar en los pacientes iniciar con cambios básicos en un estilo de vida saludable como dieta, ejercicio, terapia de relajación, que van a ayudar a prevenir la cefalea tipo tensional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bihlmaier, S (2015 ) La Acupuntura Manual Atlas y Guía práctica. España
- Gómez, M y Serna, L ( noviembre- diciembre 2015) Cefalea : Más que un simple dolor. Revista Mexicana de Neurociencia 16(6): 41-53. México.
- Díaz, M Diagnóstico Corporal. Instituto Superior Esculapio. Ecuador.
- Hecker, H y Steveling, A y Peuker, E y Kastner, J (2007) Acupuntura. Editorial El Manual Moderno. México
- León, M Digitopuntura . Instituto Superior Esculapio. Ecuador.
- Maciocia,G ( 2001). Los Fundamentos de la Medicina China. Edición española.
- Sentiès, H y Estañol ,B (2008) Cefalea Tipo Tensional Rev Eviden Invest Clin 2008; 1 (1): 15- 24. España.
- Tapia, M y Rodríguez J ( 2017 ) Correlación clínica entre los criterios para la realización de la tomografía del encéfalo y los hallazgos radiológicos en los pacientes con cefalea no traumática atendidos en el servicio de emergencia de Hospital Carlos Andrade Marín, en el período de julio a diciembre del 2016. ( Tesis doctoral) Universidad PUCE, Ecuador.
- Vanaclocha, B y Cañigual S ( 2003) Fitoterapia Vademecún de prescripción . Editorial: Elsevier Masson, cuarta edición. España.

## ANEXO No 1 : Consentimiento Informado

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI, IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR:	FECHA:

Yo, \_\_\_\_\_, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_; de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente \_\_\_\_\_; autorizo a \_\_\_\_\_, con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; para la realización del procedimiento .....

SI..... NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI.....NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI.... NO....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI....NO....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI....NO....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI....NO....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI....NO....he leído este documento en su totalidad y SI....NO....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI.... NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

## Anexo No 2: Encuesta

ENCUESTA													
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente												
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica												
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo												
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral												
	Estrés familiar												
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
	Muy satisfecho												
	Completamente satisfecho												
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho												
	No hubo cambios												

### Anexo No 3. Historia Clínica primera hoja

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO												
I.S.T.E.												
Registro SENESCYT No. 17-061												
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales												
FICHA MEDICA												
<b>1. DATOS DE FILIACIÓN</b>												
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres					
Edad		Sexo		Raza		Estado Civil				Instrucción		Profesión
M		F		S		C		D		V		U.L.
Ocupación			Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual			
Residencia Ocasionales			Religión		Dirección				Teléfono			
Referencia familiar								Teléfono				
<b>2 MOTIVO DE CONSULTA</b>												
<b>3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO -- QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</b>												
Infancia												
Niñez												
Adolescencia												
Adulto Joven												
Adulto Mayor												
<b>AGO</b>												
Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS			
Menopausia	Características del periodo menstrual											
<b>3 ANTECEDENTES FAMILIARES</b>												
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFCCC	8. MALFORM	9. OTRO				
<b>4 ENFERMEDAD ACTUAL</b>												
<b>ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR</b>												
1. Fecha aparente de comienzo												
2. Fecha real de comienzo												
3. Intensidad												
4. Causa aparente												
5. Sitio del dolor												
6. Irradiación												
7. Tipo de dolor												
8. Síntomas acompañantes												
9. Relación con el tipo de alimentos												
10. Horario G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/												
11. Periodicidad												
12. Relación con el vómito												
13. Relación con la orina												

## Anexo No.4 : Historia Clínica segunda hoja

14. Relación con la deposición

15. Relación con las decúbitos

16. Relación con los tratamientos

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE**  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLOGICO**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito				Qué sabor prefiere				Salado	Dulce	
	Preferencia por comida		Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento				
<b>SED</b>	Tiene sed	Cuanta agua toma al día				A qué hora					
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza				Suda		Se cansa fácilmente				
	Cansancio durante el día		Mejora con la comida			Empeora con la comida					
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposición		Cantidad		Color		Características				
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño		Calidad		Insomnio		A qué hora		Pesadillas		
	Se levanta por la noche a orinar				Hora		Color		Olor		
<b>MICCIÓN</b>	Cantidad		Chorro		Goteo		Ardor				
	<b>MEMORIA</b>	T	M	A	M	E	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas		

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X"

MADERA	FUEGO	TIERRA	METAL	AGUA
Ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristez	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acúfenos	olvido fácil	heridas	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	voz débil	dolor óseo

### Anexo No 4: Historia Clínica tercera hoja

mastalgia	sudor palmas	restos alimentarios en heces	psoriasis hiperhidrosis	envejecimiento prematuro	
nódulo mama ovario test	logorrea	secreción vaginal blanca	absceso piodermitis	color en cinco centros	
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>					
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Presión arterial	Pulso	F. Respirat	Peso/kg.	Talla	
				I.M.C.	
<b>CABEZA</b>					
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Marcar Zona Afectada			Inspección		
			1. Manchas	A La Luz	
			2. Cicatrices	Consensuado	
			Palpación		Acomodación
			3. Puntos dolorosos	Convergencia	

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 20/05/19

Yo, L. ...., con C.I. ....; domiciliado en Calle Josi Mejía 03. 142 y Benítez; de la ciudad de MACHACHI; en calidad de paciente  o como representante ..... Del paciente .....; autorizo a Dra. Amparo Jimena Altamirano, con profesión o especialidad B. Farmacéutica; para la realización del procedimiento DIGITOPRESIÓN Y AC. ESENCIALES.

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO...he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO....he leído este documento en su totalidad y SI  NO....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
29/05/19						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
55	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mestizo	S <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>	Superior		Iny. Acupuntura
Ocupación		Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Aseor. Agricola		Riubamba	07/10/1964	Madrochi		
Residencia Ocasional		Religión	Dirección		Teléfono	
Sunguay		Católica	Josemigilo 03-112 y Benitez 09954503		2310674	
Referencia familiar	Teléfono					
Sr. Luis Horu (Padre)					032465005	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor frecuente de cabeza.

3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Ninguno
Niñez	No recuerda.
Adolescencia	Ninguno quirúrgico. A los 11 años fractura de los huesos de la nariz por golpe con bicicleta. Atoradura respiración por obstrucción del desvio (torca izquierda). Migraña a los 12 años.
Adulto Joven	A los 26 años cirugía - rinosplastia con corrección tabique nasal. A los 42 años sufre de toxoplasmosis. Migrañas menos frecuentes.
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
1. Abuela materna			4. Madre.					

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

- Fecha aparente de comienzo: Hoy
- Fecha real de comienzo: A los 12 años
- Intensidad: 3
- Causa aparente: Disgusto, malos noticias, cansancio, preocupaciones
- Sitio del dolor: Frontal
- Irradiación: Hacia los ojos.
- Tipo de dolor: ; pestoso - constante
- Síntomas acompañantes: Cansancio visual, depresión, debilidad
- Relación con tipo de alimentos: No
- Horario:  G/  E/  B/  C/  ID/  V/  R/  MC/  TR/  VB/  H/ indef
- Periodicidad: Quincenal
- Relación con el vómito: No. Cuando es migraña: náusea, vómito, fotosensibilidad.
- Relación con la orina: No

14. Relación con la deposición : **No**

15. Relación con las decúbitos : **No**

16. Relación con los tratamientos : **No**

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? **Constante**

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **Intensidad 3**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO**  
Disnea, Cianosis, tos, etc. **Ninguna: Tos leve S.P.A.**

**FARINGE**  
Ardor, Odinofagia, etc. **S.P.A.**

**LARINGE**  
Carraspeo, etc. **S.P.A.**

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc. **Dos débiles, ojos.**

**CIRCULATORIO**  
Palpitaciones, Edema, etc. **S.P.A.**

**GASTROINTESTINAL**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc. **S.P.A.**

**URINARIO : S.P.A.**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc. **S.P.A.**

**MUSCULOESQUELETICO**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc. **Guías articulares de muñeca y codo y hombros.**

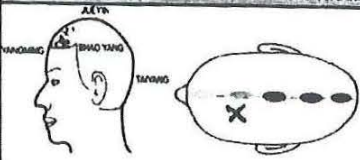
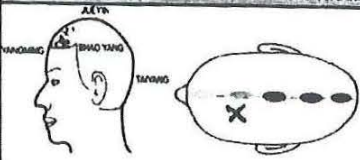
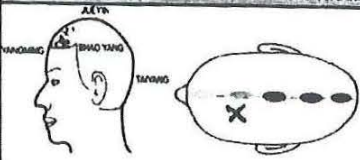
**NEUROLOGICO**  
Temblores, Sueño, Tics, etc. **Insomnio ocasionales.**

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	S.P.	Qué sabor prefiere	Salado	Dulce	X
	Preferencia por comida	Caliente	X	Frio	Come rápido	X
<b>SED</b>	Tiene sed	X	Cuanta agua toma al día	2 litros	A qué hora	
	Qué actividad realiza	comunicar	Suda	X	Se cansa fácilmente	NO
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Cansancio durante el día		Mejora con la comida	X	Empeora con la comida	
	Frecuencia Deposición	X 1/d	Cantidad	S.P.	Color	S.P.
<b>DEPOSICIÓN</b>	Características	S.P.	Insomnio	avaces	A qué hora	Pesadillas
	Horas de sueño	5	Calidad		Color	Olor
<b>SUEÑO</b>	Se levanta por la noche a orinar	NO	Hora		Color	Olor
	Cantidad	asi es cal.	Chorro	continuo	Goteo	S.P.
<b>MICCIÓN</b>	Ardor	S.P.	Tabaquismo	Soced	Alcoholismo	Soced
	MEMORIA	T	M	X	A	

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS**

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	X	insatisfacción	X
frustración	X	euforia	
pesadilla		alucinaciones	
tendinitis		palpitaciones	X
cefalea temporal-vertex	X	intranquilidad	X
metrorragia		insomnio	
ojo rojo seco		dolor precordial	
debilidad muscular	X	ahogo	
espasmo muscular		presentimiento	
vértigo acufenos	X	olvido fácil	
eczema prurito		úlceras en boca	
dolor en hipocondrio		dolor torax hacia brazo	

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro																												
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros																												
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>																																				
<b>SIGNOS VITALES</b>																																				
Presión arterial	120/80	Pulso	82	F. Respirat	19	Poso/kg.	82	Talla	1.83	I.M.C.	24																									
<b>CABEZA</b>																																				
<p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología</span> <span>(C.P.) Con Evidencia de Patología</span> </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Marcar Zona Afectada</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">Inspección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td>1. Manchas</td> <td>S.P</td> <td>A La Luz</td> <td>S.P</td> </tr> <tr> <td>2. Cicatrices</td> <td>S.P</td> <td>Consensuado</td> <td>S.P</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Palpación</td> <td>Acomodación</td> <td>S.P</td> </tr> <tr> <td>3. Puntos dolorosos</td> <td></td> <td>Convergencia</td> <td>S.P</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">D0.20</td> </tr> </tbody> </table>										Marcar Zona Afectada	Inspección					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P	2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P	Palpación		Acomodación	S.P	3. Puntos dolorosos		Convergencia	S.P					D0.20
Marcar Zona Afectada	Inspección																																			
	1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P																																
	2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P																																
	Palpación		Acomodación	S.P																																
	3. Puntos dolorosos		Convergencia	S.P																																
				D0.20																																



CTT-001

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

CTT - CCI Segunda Evaluación ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 01/06/2019

Yo, Tambillo - con C.I. Machachi; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.  o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano con profesión o especialidad Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO..... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO..... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO..... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Janet

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Altamirano J

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos				Nombres				
1/06/19									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
36	M	M	S	C	X	D	V	U.L.	Saundoula
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
		Maribato				Tambillo			
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono			
		Catól.				0991083380			
Referencia familiar							Teléfono		

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

*Dolor de cabeza (Anteced: Ansiedad - Trastornos)*

**3 ANTECEDENTES PERSONALES**

**DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguna
Niñez	Ninguna
Adolescencia	A 16 años, tiene 1er hijo madre soltera. Hija vive con abuelita.
Adulto Joven	Gastritis. Obesidad Grado 2. Dorsalgia
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	12 años	FUM	15/05	G	2	P	2	A	—	C	1	HV	2	HM	—	PF		CICLOS	29 días
Menopausia	Características del periodo menstrual		normales.																

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. MENTA	7. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
		Madre.						

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 2 días.
2. Fecha real de comienzo	Hace 5 años más o menos
3. Intensidad	7
4. Causa aparente	Estrés familiar.
5. Sitio del dolor	Bilateral
6. Irradiación	Hacia cuello
7. Tipo de dolor	Opresivo
8. Síntomas acompañantes	decaimiento
9. Relación con tipo de alimentos	no
10. Horario	IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	infrecuente
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14. Relación con la deposición no

15. Relación con las decúbitos no

16. Relación con los tratamientos no

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? no.

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? fuerte.

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** Respiros frecuentes  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** S.P.A  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** S.P.A.  
Carraspeo, etc.

**POSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** Sinusitis  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Gastritis, Acidez.  
Disfagia, Haltungs, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A

**GENITALES FEMENINO** S.P.A  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** S.P.A  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Dorsalgia  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

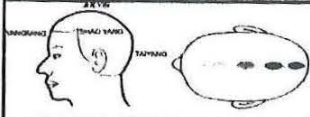
**NEUROLOGICO** Ansiedad-trastornos. (Con atención Psicología)  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	Si		Qué sabor prefiere	Salado		Dulce
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio		Come rápido	Come Lento
SED	Tiene sed	muy poco		Cuanta agua toma al día	unos 2-3 vasos		A qué hora
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	Ninguna		Suda	muy poco.		Se cansa fácilmente
	Cansancio durante el día	Si		Mejora con la comida	Si		Empeora con la comida
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	1 vez		Cantidad	S.P	Color	S.P
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad		Insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>
	Se levanta por la noche a orinar	No		Horas	S.P	Color	S.P
MICCION	Cantidad	S.P		Chorro	S.P	Goteo	S.P
						Ardor	S.P.
MEMORIA	T	M	A		<input checked="" type="checkbox"/>	Tabaquismo	Alcoholismo
							Drogas

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR 'X'

MADERA		TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigastrio	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas	X	restos alimentarios en heces	X	psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	95	Talla	1.65	I.M.C.	35
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
					2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
					Palpación		Acomodación	S.P			
					3. Puntos dolorosos	D20	Convergencia	S.P			



CTT-002

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

Crónica	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------

Pulsátil	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------

Alimentos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	(2)	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Completamente	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

satisfecho	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------

Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------

No hubo cambios	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IEES
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: C-S.A Machachi	FECHA: 1/06/19.

Yo, 10 de Agosto y Luis Cordero, con C.I. Machachi; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente  o como representante  Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a botanopatia con profesión o especialidad botanopatia para la realización del procedimiento botanopatia.

NO he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

NO comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

NO he leído este documento en su totalidad y  NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo  NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano A

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

CTT-03

<b>1. DATOS DE FILIACIÓN</b>	
Fecha de Ingreso	Apellidos
11/06/19	
Nombres	
Edad	Sexo
49	M
Raza	Estado Civil
Mestizo	S C X D V U.L.
Instrucción	Profesión
Secundaria	Muestreño
Ocupación	Lugar de nacimiento
CSA Medicina	Ibarra
Fecha de Nacimiento	Residencia habitual
2/02/20	Ibarra
Residencia Ocasional	Religión
Mochochi	Católica
Dirección	Teléfono
Mochochi y Luis Cordero	0983023116
Referencia familiar	Teléfono
Bayar Piñan (Hijo)	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Dolor de cabeza recurrente

<b>3 ANTECEDENTES PERSONALES</b>	
<b>DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</b>	
Infancia	Normal. Normalmente parte normal
Niñez	Normal. Caida de muelas y infección nasal (desviación)
Adolescencia	Gripas frecuentes, fusa nasal izq tapada de forma permanente
Adulto Joven	Operación de desviación tabique - Dx. Rinosinusitis - Afecto. crónica Rinitis
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
	2. Hnc.	3. Papa	4. Papa		6. Sob. inc.			

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	31/05/2019
2. Fecha real de comienzo	A los 25 años.
3. Intensidad	3.
4. Causa aparente	Tensión familiar.
5. Sitio del dolor	región occipital (frio)
6. Irradiación	irradiación hacia arriba. (parietal)
7. Tipo de dolor	explosivo
8. Síntomas acompañantes	visión borrosa.
9. Relación con el tipo de alimentos	no
10. Horario	IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	no - noche. (al mes 2 veces)
12. Relación con el vómito	
13. Relación con la orina	

14 Relación con la deposición —

15 Relación con las decubitos —

16 Relación con los tratamientos —

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? no cambió. Empezó con 8 (21/05/19)

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? Menor.

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO**

Disnea, Cianosis, tos, etc No

**FARINGE**

Ardor, Odinofagia, etc No

**LARINGE**

Carraspeo, etc No

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES**

Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc No

**CIRCULATORIO** Palpitaciones aminorar en el día

Palpitaciones, Edema, etc

**GASTROINTESTINAL** Ardor = úlcera (zona epigástrica) hombre único. Se le ha tratado.

Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc

**URINARIO** No

**GENITALES FEMENINO**

Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** No

Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** Si. (Manos y muñecas)

Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLÓGICO** Sección temblor (mano)


Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	S.P.	Qué sabor prefiere	Salado	X	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	X	Frio		Come rápido	S.P.	Come Lento	
SED	Tiene sed	no	Cuanta agua toma al día	1 u 0.50.	A qué hora	4 o de.			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	No	Suda		Se cansa fácilmente				
	Cansancio durante el día		Mejora con la comida	X	Empeora con la comida				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	Diaria	Cantidad		Color	Características			
SUEÑO	Horas de sueño	7.8	Calidad	bien	Insomnio	A qué hora	Pesadillas		
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	Si (1)	Hora	2 medianoche	Color		Olor		
	Cantidad		Chorro		Goteo		Ardor		
MEMORIA	T	X	M		A		Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA. MARCAR "X"

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	medo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	tos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia
vertigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta
dolor en hipocóndrio	dolor torax hacia brazo	ardor epigástrico	voz debil

mastalgia		tumor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nodulo mama ovario test.		logorrea		secrecion vaginal blanca		absceso piodermis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	110/80	Pulso	80	F. Respirat	19	Peso/kg.	53	Talla	1.50	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas S.P. A La Luz S.P.						
2. Cicatrices Si des-der					Consensuado S.P.						
Palpación					Acomodación S.P.						
3. Puntos dolorosos DO DO					Convergencia S.P.						



CTT-003

<b>ENCUESTA</b>	
<b>1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>	
Ningún dolor	0 1 2 <b>3</b> 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
<b>2.- El número de crisis es:</b>	
Episódica	Frecuente <input type="checkbox"/>
	Infrecuente <input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>
<b>3.- La Duración es :</b>	
Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>
<b>4.- Tipo de dolor:</b>	
Opresivo	<input type="checkbox"/>
Pulsátil	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>5.- Factores desencadenantes</b>	
Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>
<b>6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>	
Ningún dolor	<b>0</b> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
<b>7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.</b>	
Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
<b>8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.</b>	
Hizo que el dolor mejore algo	<input checked="" type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>6/06/19</u>

Yo, Qui. B. San Rito, ..... cor. ....; domiciliado en Qui. B. ..... de la ciudad de Qui. B. ..... en calidad de paciente ..... o como representante ..... Del paciente Doña Jimena Altamirano .....; autorizo a ..... con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento .....

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Galena D. G.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano A

C. IDENTIDAD 1710006527

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17.061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

CTT-003

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
6/06/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
50	M	Mestizo	C	Secundaria	
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
Av. Sr. General	Guayaquil		10/04/69	Quito	
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono	
Guayaquil	Católica	Quito San Basilio		0982371666 2675562	
Referencia familiar	Nombre		Dirección		Teléfono
	Marta Sánchez		(Hno) Quito		02 660655

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor del lado derecho (dedo rojo hacia atrás)

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Nacimiento: parto normal. Aproximadamente 1 año: Hepatitis
Niñez	Ninguna I.V.U. crónica infección
Adolescencia	Ninguna I.V.U.
Adulto joven	Quirugia Vesicular (Cálcules) Bistiro aproximad 40 años. - Torpeza: más o los 35 años. Afecto visión ( ojo derecho más afectado). - A los 22 años Estés, Emergencia. Medicación antidepsi (cero de zona). - I.V.U. Recurrir mayor tiempo 45 años. Dolor. Fiebre recurrente.
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	12 años	FUM		G	2	P	2	A	-	C	-	HV	2	HM	-	PF		CICLOS	
Menopausia	Características del periodo menstrual		En premenopausia. Ciclos cortos.																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPA	2. DIABETES	3. HIPERT	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. EMENTA	7. E INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
	2. Padre	3. Madre	4. Abuelo	6. Hijo (depresión)				

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

1. Fecha aparente de comienzo	Desde 5/06/19 y es constante
2. Fecha real de comienzo	Aproximada a los 48 años
3. Intensidad	6
4. Causa aparente	estés
5. Sitio del dolor	ceja derecha
6. Irradiación	occipital.
7. Tipo de dolor	neurálgico
8. Síntomas acompañantes	visión disminuye.
9. Relación con la ingesta de alimentos	
10. Horario	G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	cada semana (una vez), dura 2 días y pasa.
12. Relación con el vómito	-
13. Relación con la orina	-

14. Relación con la deposición —  
 15. Relación con las deposiciones —  
 16. Relación con los tratamientos —  
 17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? *no cambia el dolor.*  
 18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? *igual.*

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**  
 TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO**  
 Disnea, Cianosis, tos, etc. *SIN Patología.*

**FARINGE**  
 Ardor, Odinofagia, etc. *S.P.A.*

**LARINGE**  
 Carraspeo, etc. *S.P.A.*

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** *Dolor con ubicación exacta en alvéolo rojo (ojo derecho), irradiado hacia el occipital.*  
 Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** *S.P.A.*  
 Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** *S.P.A.*  
 Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** *I, V. Urinario desde vida, tumor lig y y mejora.*

**GENITALES FEMENINO** *menstruación. HPV inactivo.*  
 Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** *S.P.A.*  
 Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc. *(sweat en los pies permanente)*

**MUSCULOESQUELÉTICO** *Dolor en dedos (ardor cuando duermo) sobre y rodos, dolor lumbar.*  
 Dolor articular, Ruidos articulares, etc. *S. Tumor metacarpiano en las manos (más derecha).*

**NEUROLÓGICO** *S.P.A.*  
 Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología / (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	<i>decrecido</i>		Qué sabor prefiere	Salado	Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	Come Lento			
SED	Tiene sed	<i>Si</i>	Cuanta agua toma al día	<i>2 litros</i>	A qué hora	<i>todo el día</i>			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	<i>NO</i>		Suda	Se cansa fácilmente				
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida		Empeora con la comida					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	<i>2/día</i>	Cantidad	Color	Características <i>normal</i>				
SUEÑO	Horas de sueño	<i>S</i>	Calidad	<i>no es buena</i>	Insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>	A qué hora	<i>3-4</i>	Pesadillas
MIICIÓN	Se levanta por la noche a orinar	<i>Si (1)</i>		Hora	<i>3-4 medias</i>	Color	Olor		
	Cantidad	Chorro	<i>normal</i>	Goteo	<i>Si</i>	Ardor	<i>NO</i>		
MEMORIA	T	M	<input checked="" type="checkbox"/>	A	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas		

**7. INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA		TIERRA	METAL	AGUA				
ira	<input checked="" type="checkbox"/>	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	<input checked="" type="checkbox"/>	miedo		
frustración		euforia	rumiación de ideas	melancolía		falta de voluntad		
pesadilla		alucinaciones	cansancio	escalofrío		memoria pobre		
tendinitis		palpitaciones	anemia	fatiga		insuficiencia inmunitaria		
cefalea temporal vertex		intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal		cefalea occipital	<input checked="" type="checkbox"/>	
metrorragia		insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>	edema		trastornos congénitos		
ojo rojo seco		dolor precordial	distensión abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>	estreñimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	disuria cistitis	<input checked="" type="checkbox"/>
debilidad muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	ahogo	obesidad delgadez	esputo		calvicie prematura		
espasmo muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	presentimiento	ageusia	anosmia		infertilidad frigidez		
vertigo acufenos	<input checked="" type="checkbox"/>	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis	<input checked="" type="checkbox"/>	litiasis		
eczema prurito		úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta		neuritis		
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo	<input checked="" type="checkbox"/>	ardor epigastrio		dolor óseo		

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nodulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros				
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	120	80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	65	Talla	1.55	I.M.C.	27
<b>CABEZA</b>												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología</span> <span>(C.P.) Con Evidencia de Patología</span> </div>												
<b>Marcar Zona Afectada</b>						<b>Inspección</b>						
						1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
						2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
						<b>Palpación</b>		<b>Acomodación</b>				
3. Puntos dolorosos	DU20		<b>Convergencia</b>		S.P							



CTT 004

<b>ENCUESTA</b>	
<b>1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>	
Ningún dolor	0   1   2   3   4   5   <b>6</b>   7   8   9   10   El peor dolor imaginable
<b>2.- El número de crisis es:</b>	
Episódica	Frecuente <input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente <input type="checkbox"/>
	Crónica <input type="checkbox"/>
<b>3.- La Duración es :</b>	
	Episódica <input type="checkbox"/>
	Crónica <input checked="" type="checkbox"/>
<b>4.- Tipo de dolor:</b>	
	Opresivo <input type="checkbox"/>
	Pulsátil <input checked="" type="checkbox"/>
<b>5.- Factores desencadenantes</b>	
	Estrés laboral <input checked="" type="checkbox"/>
	Estrés familiar <input checked="" type="checkbox"/>
	Alimentos <input type="checkbox"/>
	Sin causa aparente <input type="checkbox"/>
<b>6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>	
Ningún dolor	0   1   2   <b>3</b>   4   5   6   7   8   9   10   El peor dolor imaginable
<b>7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.</b>	
	Muy satisfecho <input checked="" type="checkbox"/>
	Completamente satisfecho <input type="checkbox"/>
	Insatisfecho <input type="checkbox"/>
<b>8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.</b>	
	Hizo que el dolor mejore algo <input type="checkbox"/>
	Hizo que el dolor mejore mucho <input checked="" type="checkbox"/>
	No hubo cambios <input type="checkbox"/>

CTT 004 Segunda Evaluación

ENCUESTA													
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>											
	Crónica	<input type="checkbox"/>											
3.- La Duración es :													
	Episódica	<input type="checkbox"/>											
	Crónica	<input checked="" type="checkbox"/>											
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	<input type="checkbox"/>											
	Pulsátil	<input checked="" type="checkbox"/>											
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Alimentos	<input type="checkbox"/>											
	Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>											
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>												
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>												
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>												
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>												
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>												

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>7/06/19</u>

Yo, .., con C.I. ....; domiciliado en ..... de la ciudad de .....; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente .....; autorizo a ..... Jimena Altamirano con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento ..... Digitopresión.....

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO.....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO.....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO.....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO.....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO.....he leído este documento en su totalidad y SI.....NO.....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI.... NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE 

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 170006527

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCOLAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17.061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

C.T.T: 005

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
3/06/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
38	M	Mestizo	C	Secundaria	S. Público
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Av. Serenos	Mochochi	2/05/81	Mochochi		
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono	
		Av. Barrio Páez Alto 0460578648			
Referencia familiar				Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dol. cabeza

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	No
Niñez	Caida - cefalodo maldita
Adolescencia	No
Adulto Joven	No
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	12 años	FUM		G	4	P	1	A	1	C	2	HV	HM	PF	CICLOS	irregulares
Menopausia	Características del periodo menstrual		En Ligua. 28 años.													

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
2. TIGUANO 3. MAMÁ								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 4 meses 3 días.
2. Fecha real de comienzo	Hace 9 meses
3. Intensidad	9
4. Causa aparente	Estés total: laboral y familiar.
5. Sitio del dolor	Todo la cabeza.
6. Irrradiación	Hacia cuello.
7. Tipo de dolor	presente en la posición: occipital apretado.
8. Síntomas acompañantes	mareo
9. Relación con el tipo de alimentos	
10. Horario	durante la noche B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	estés laboral y familiar. (Alojamiento 2 veces).
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14. Relación con la deposición 1.00

15. Relación con las decúbitos

16. Relación con los tratamientos : Ninguno.

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** S.P.A.  
Dysnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** S.P.A.  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** S.P.A.  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** S.P.A.  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A.  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** S.P.A.  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** T.U. Urinaria Ho con antibióticos

**GENITALES FEMENINO** S.P.A.  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** S.P.A.  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** En muñeca derecha Dolor.  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLOGICO**  
Temblores, Sueño, Trcs, etc.

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	disminuido		Qué sabor prefiere		Salado		Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento			
SED	Tiene sed	Cuanta agua toma al día		6 u 8.000		A qué hora			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	NO		Suda		S.P.		Se cansa fácilmente	
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida		Empeora con la comida					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	1-2 di		Cantidad		Color		Características <u>Normal</u>	
SUEÑO	Horas de sueño	3-4h		Calidad		mala		Insomnio <u>X</u>	
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	No		Hora		S.P.		Color	
	Cantidad	S.P.		Chorro		S.P.		Goteo	
MEMORIA	T	M	A	X		Tabaquismo		Alcoholismo	
								Drogas	

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA		TIERRA		METAL		AGUA	
ira	<input checked="" type="checkbox"/>	insatisfacción	<input checked="" type="checkbox"/>	ideas obsesivas	<input checked="" type="checkbox"/>	tristeza	<input checked="" type="checkbox"/>
frustración		euforia		rumiación de ideas	<input checked="" type="checkbox"/>	melancolía	<input checked="" type="checkbox"/>
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío	
tendinitis		palpitaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	anemia		fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex		intranquilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	cefalea frontal pesadez	<input checked="" type="checkbox"/>	obstrucción nasal	cefalea occipital <input checked="" type="checkbox"/>
metrorragia		insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>	edema		tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	ahogo		obesidad delgadez		esputo	calvicie prematura
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia	Infertilidad frigidez
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis	fitiasis
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito		dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigastrio		voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	126/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	60	Talla	1.60	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b> <i>frontal</i>											
<p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">Marcar Zona Afectada</span> <span>Inspección</span> </p>											
						1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P		
						2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P		
						Palpación		Acomodación		S.P	
						3. Puntos dolorosos	De 20	Convergencia	S.P		



CTT-005

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>19/06/14</u>

Yo, Sra. Antonia Chaniza con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente  o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano con profesión o especialidad Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO.....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO.....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO.....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO.....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO.....he leído este documento en su totalidad y SI.....NO.....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI..... NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano A.

C. IDENTIDAD 171000052-2

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO  
I.S.T.E.  
Registro SENESCYT No. 17-061  
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
FICHA MEDICA

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos	Nombres
19/06/19		
Edad	Sexo	Raza
54	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M. S C D <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L.
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento
Empleado	Mochochi	11/09/64
Residencia Ocasional	Religión	Dirección
	Católica	San Antonio Chantzas
Referencia familiar	Teléfono	
	099 13 25 630	
		2316551

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de cabeza.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Ninguno.
Niñez	Ninguno.
Adolescencia	Ninguno.
Adulto Joven	A los 30 años caído golpeado de fuerte sin fractura. Intoxicación alimentaria con hospitalización.
Adulto Mayor	Aprendió a los 35 años cirugía abierta. A los 40 años: Gonorrea. Tto por iras, estrés. De vez en cuando se odiva.

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
2. Mami								
2. Hna y Hno								

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo Hoy día.
2. Fecha real de comienzo. Desde mas o menos los 40 años
3. Intensidad ; 5
4. Causa aparente Estrés
5. Sitio del dolor. Lado derecho.
6. Irradiación. Frente a la frente.
7. Tipo de dolor. Constante.
8. Síntomas acompañantes. ninguno.
9. Relación con el uso de alimentos. no relación
10. Horario. Después de comer. C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad. 1 semana.
12. Relación con el vómito no
13. Relación con la orina no

14. Relación con la deposición **NO**

15. Relación con los decúbitos **NO**

16. Relación con los tratamientos **NO**

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **constantemente.**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO S.P.A.**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE S.P.A.**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE S.P.A.**  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES S.P.A.**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO S.P.A.**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL S. regularidad vida**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO : S.P.A.**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO : S.P.A.**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO S.P.A.**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

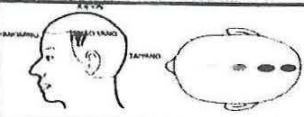
**NEUROLOGICO Tres ojos a nivel párpado inferior.**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere	Salado	Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Come Lento					
SED	Tiene sed	No		Cuanta agua toma al día	1 o 2	A qué hora						
	Qué actividad realiza	cansancio		Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.					
ACTIVIDAD FÍSICA	Cansancio durante el día			Mejora con la comida		Empeora con la comida						
	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.				
SUEÑO	Horas de sueño	4-5	Calidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Insomnio	S.P.	A qué hora	—	Pesadillas	—		
	Se levanta por la noche a orinar	No.		Hora		Color		Olor				
MICCION	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.				
	MEMORIA	T	<input checked="" type="checkbox"/>	M		A		Tabaquismo	No	Alcoholismo	No	Drogas

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		cafor en cinco centros			
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	130/80 mmHg	Pulso	72	F. Respirat	18	Peso/kg.	72, 0,4	Talla	1,36	I.M.C.	26
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.			
					2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.			
					Palpación		Acomodación	S.P.			
					3. Puntos dolorosos	S.P.	Convergencia	S.P.			



CTT 006

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	
	Infrecuente	X
Crónica		

3.- La Duración es :

Episódica	X
-----------	---

Crónica	
---------	--

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	X
----------	---

Pulsátil	
----------	--

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	X
----------------	---

Estrés familiar	X
-----------------	---

Alimentos	
-----------	--

Sin causa aparente	
--------------------	--

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	X
----------------	---

Completamente satisfecho	
--------------------------	--

Insatisfecho	
--------------	--

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	X
-------------------------------	---

Hizo que el dolor mejore mucho	
--------------------------------	--

No hubo cambios	
-----------------	--

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IEES
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 19/06/19

Yo, Sucre 8100 y Penzaleo, con C.I. .....; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente  o como representante  Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a .....; con profesión o especialidad .....; para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE .....

C.IDENTIDAD .....

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE .....

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE .....

C.IDENTIDAD .....

RELACION CON EL PACIENTE .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 1710006527

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN															
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres								
19/06/19															
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil			Instrucción	Profesión							
30	M	F	X	S	C	X	D	V	U.L.	Superior	Tcnl.				
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual								
		Machala			24/02/88		Machachi								
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono							
		Cath. Machachi						0487044813							
Referencia familiar		David Altamirano			0958872408		Teléfono								
2 MOTIVO DE CONSULTA															
Dolor en cabeza, Migraña (dolor bilateral frente)															
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS															
Infancia		Ninguna Pie plano (zapato ortopédico)													
Niñez		Ninguna													
Adolescencia		Gastritis a los 15 años. (Emocional)													
Adulto Joven		A los 28 Gastritis. A los 27 años lograda x (disminución de progesterona) 6 semanas, sangrado espontáneo.													
Adulto Mayor															
AGO															
Menarquia	Uterio	FUM	G	I	P	X	A	I	C	X	HV	HM	PF	CICLOS	regulares.
Menopausia	Características del periodo menstrual		Pro. Hormonal x microquistas ovario derecho, al momento hace 1 mes.												
3 ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO							
4. Abuelo materno.															
4 ENFERMEDAD ACTUAL Migraña.															

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR												
1. Fecha aparente de comienzo A los 28 años aproximadamente.												
2. Fecha real de comienzo Hoy 19/06. Hora, 8 am.												
3. Intensidad 4												
4. Causa aparente Gato que es resfriado. (hoy dolor cuerpo)												
5. Sitio del dolor frente (diadema).												
6. Irradiación no												
7. Tipo de dolor opresivo.												
8. Síntomas acompañantes tubo sensible												
9. Relación con el uso de alimentos ninguno												
10. Horario G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/												
11. Periodicidad : uno cada 3 semanas.												
12. Relación con el vómito no												
13. Relación con la orina no												

14. Relación con la deposición **no**

15. Relación con las decubitos **no**

16. Relación con los tratamientos **no**

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** **S.P.A.**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A.**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE**  
Carraspeo, etc.

**FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **S.P.A.**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S.P.A.**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **Requisición. No tolero jugos ácidos.**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A.**

**GENITALES FEMENINO** **S.P.A.**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** **Ruidos articulares recedidos.**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

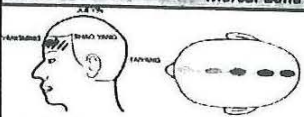
**NEUROLÓGICO** **S.P.A.**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	No	Qué sabor prefiere	Salado	Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	Come Lento	
SED	Tiene sed	Cuanta agua toma al día	3 veces	A qué hora			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	en casa	Usando	Suda	Se cansa fácilmente		
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida	Empeora con la comida				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	4 días	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	
SUEÑO	Horas de sueño	Calidad	bien	Insomnio	A qué hora	Pesadillas	
	Se levanta por la noche a orinar	2 veces	Chorro	Color	Olor		
MIGRAÑA	Cantidad	Chorro	Goteo	Ardor			
	MEMORIA	T	<input checked="" type="checkbox"/>	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal
metrorragia	insomnio	edema	tos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigastrio	voz débil
			dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	56	Talla	1.55	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
					2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
					Palpación		Acomodación	S.P			
					3. Puntos dolorosos	Nan ming	Convergencia	S.P			



CTT-007

**ENCUESTA**

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
Crónica		<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>20/06/19</u>

Yo, \_\_\_\_\_, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_ Machachi calle José María 03-142; de la ciudad de \_\_\_\_\_ Machachi; en calidad de paciente...o como representante ..... Del paciente \_\_\_\_\_; autorizo a \_\_\_\_\_, con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI.../NO... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI.../NO... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI.../NO... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI.../NO... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI.../NO... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI.../NO... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI.../NO... he leído este documento en su totalidad y SI.../NO... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI.../NO... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_ [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD \_\_\_\_\_ Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_ 171000652-7

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso	Apellidos					Nombres												
20/06/19						CTT-08												
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión										
50	M	X	Mestiza	S	C	X	D	V	U.L.	Superior								
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual											
		Machochi			21/09/68		Sangolquí											
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono										
Machochi		Catól		José Mejía 03-142 y Benítez				0995622751										
Referencia familiar								Teléfono										
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Cedales																		
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Ninguno																	
Niñez	Ninguno																	
Adolescencia	Ninguno																	
Adulto Joven	A los 20 años púlpico en el abdomen. Gravidia. A los 40 histerectomía. A los 40 hipotiroidismo																	
Adulto Mayor																		
4 G																		
Menarquia	15 años	FUM	-	G	3	P	0	A	1	C	2	HV	2	HM	1	PF		CICLOS
Menopausia	40	Características del periodo menstrual				Menopausia.												
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO										
3. madre.								8. Sobrinos.										
4 ENFERMEDAD ACTUAL																		

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo Hace 2 días.											
2. Fecha real de comienzo Desde hace 8 años											
3. Intensidad : 7											
4. Causa aparente : Estrés laboral y preocupaciones											
5. Sitio del dolor : Frente											
6. Irradiación : Hacia parietal.											
7. Tipo de dolor : Como en banda											
8. Síntomas acompañantes : Debilitamiento											
9. Relación con el tipo de alimentos : NO											
10. Horario : G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/											
11. Periodicidad : Cuando hay estrés											
12. Relación con el vómito : No											
13. Relación con la orina : No											

14 Relación con la deposición **No**

15 Relación con las decúbitos **No**

16 Relación con los tratamientos **No**

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? **Se mantiene**

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **Igual**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** **S.P.A.**  
Diseña, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A.**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** **S.P.A.**  
Carraspeo, etc.

**POSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **Rinitis alérgica**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S.P.A.**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **S.P.A.**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A.**

**GENITALES FEMENINO** **S.P.A.**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** **Hipotiroidismo**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOSQUELÉTICO** **A veces dolor de rodilla**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

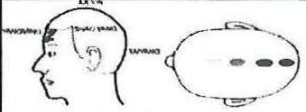
**NEUROLÓGICO** **S.P.A.**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere	Salado	Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	Come Lento	<input checked="" type="checkbox"/>
SED	Tiene sed	Cuanta agua toma al día		<b>5 vasos</b>	A qué hora	<b>todo el día</b>	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	<b>cameras</b>	Suda	<b>si</b>	Se cansa fácilmente	<b>NO</b>	
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida		<b>si</b>	Empeora con la comida		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	<b>1/día</b>	Cantidad	Color	Características <b>normal</b>		
SUEÑO	Horas de sueño	<b>7</b>	Calidad	<b>bien</b>	Insomnio	A qué hora	Pesadillas
	Se levanta por la noche a orinar	<b>No</b>		Hora	Color	Oloro	
MICCIÓN	Cantidad	Chorro	<b>normal</b>	Goteo	Ardor		
	MEMORIA	T	<input checked="" type="checkbox"/>	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA		TIERRA		METAL		AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	<input checked="" type="checkbox"/>	tristeza		miedo
frustación	euforia	rumiación de ideas		melancolía		falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	<input checked="" type="checkbox"/>	escalofrío		memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia		fatiga		insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	<input checked="" type="checkbox"/>	obstrucción nasal		cefalea occipital <input checked="" type="checkbox"/>
metrorragia	insomnio	edema		tos		trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal		estreñimiento		disuria cistitis
debilidad muscular	<input checked="" type="checkbox"/> ahogo	obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	agueusia		anosmia		Infertilidad frigidez
vértigo acufenos	<input checked="" type="checkbox"/> olvido fácil	hernias		rinitis sinusitis	<input checked="" type="checkbox"/>	litis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito		dolor ardor de garganta		neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico		voz débil	<input checked="" type="checkbox"/>	dolor óseo

mastalgia	sudor palmas	restos alimentarios en heces	psoriasis hiperhidrosis	envejecimiento prematuro							
nódulo mama ovario test	logorrea	secreción vaginal blanca	absceso piodermitis	calor en cinco centros							
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	16	Peso/kg.	53	Talla	1.56	I.M.C.	22
<b>CABEZA</b>					Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología			(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	—	A La Luz	S.P			
					2. Cicatrices	—	Consensuado	S.P			
					Palpación		Acomodación	S.P			
					3. Puntos dolorosos	0020	Convergencia	S.P			



CTT 008

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

Crónica	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------

Pulsátil	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Alimentos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------

Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------

No hubo cambios	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 20/06/19

Yo, AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Columba y Cristobal Colon; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente  o como representante  Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Amparo Jimena

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCUJAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
20/06/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
33	M	M.	S C X D V U.L.	Secu	
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
	Imbabura Cahuacqui		29/06/65	Machachi	
Residencia Ocasional	Religión	Dirección			Teléfono
	C	Colombia y Cristóbal Colón			2314366
Referencia familiar				Teléfono	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Dolor de cabeza y mareos. HT. A (Hace 4 meses) <sup>Ulcera gástrica 160mg</sup>  
 1 tab 1/2.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguno
Niñez	Ninguno
Adolescencia	Ninguno
Adulto Joven	A los 40 años (Vesícula - cálculos) A los 45 años - Histerectomía. (Miomas). Hace 22 años - Cesárea, Ruptura de meniscos, Ligadura, derecha.
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	12 años	FUM	G	3	P	3	A	-	C	1	HV	3	HM	PF	CICLOS
Menopausia	X	Características del período menstrual		-											

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. ENFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
		3. madre	4. Hna Colón Hija Hija					

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

- Fecha aparente de comienzo: Hace 1 día.
- Fecha real de comienzo: Hace 3 meses
- Intensidad: 5
- Causa aparente: Edad Familiar
- Sitio del dolor: bilateral.
- Irradiación: hacia el occipital.
- Tipo de dolor: onésimo
- Síntomas acompañantes: debilidad
- Relación con la ingesta de alimentos: ninguna
- Horario: G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
- Periodicidad: infrecuente.
- Relación con el vómito: no
- Relación con la orina: no

14 Relación con la deposición **no**

15 Relación con las descripciones **no**

16 Relación con los tratamientos **(Ho para HTA)**

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? **no**

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **igual**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** **S.P.A**

Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A**

Ardor Odinofagia, etc.

**LARINGE** **S.P.A**

Carraspeo, etc.

**FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES**

Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **H.T.A (Ho Cardiólogo Valparaiso 100mg 1/2) 4 años de edad**

Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **S.P.A**

Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A**

**GENITALES FEMENINO** **S.P.A**

Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** **S.P.A**

Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** **En las rodillas, ruidos articulares.**

Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLÓGICO** **S.P.A**

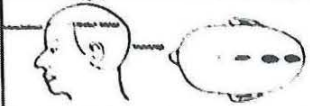
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	<b>No</b>	Qué sabor prefiere	Salado <input checked="" type="checkbox"/>	Dulce
	Preferencia por comida	Caliente <input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido <input checked="" type="checkbox"/>	Come Lento
SED	Tiene sed	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuanta agua toma al día	A qué hora	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	<b>No</b>	Suda	<b>S.P</b>	Se cansa fácilmente <b>S.P</b>
	Cansancio durante el día	<b>Si</b>	Mejora con la comida	<b>Si</b>	Empeora con la comida <b>S.P.</b>
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	<b>S.P</b>	Cantidad	<b>S.P</b>	Color <b>S.P</b> Características <b>S.P</b>
SUEÑO	Horas de sueño	<b>5-6</b>	Calidad	<b>Buena</b>	Insomnio <b>S.P</b> A qué hora <b>S.P</b> Pesadillas <b>S.P</b>
MOCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	<b>S.P</b>	Hora	<b>S.P</b>	Color <b>S.P</b> Olor <b>S.P</b>
	Cantidad	<b>S.P</b>	Chorro	<b>S.P</b>	Goteo <b>S.P</b> Ardor <b>S.P</b>
MEMORIA	T <input checked="" type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Tabaquismo <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/>

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** CR= CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR X

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	agueusa	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	ritas
eczema prurito	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	ardor epigastrio	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		porriam hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		angustia		secreción vaginal blanca		obesosa plodermith		color en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	90	F. Respirat	20	Peso/kg.	63	Talla	1.55	I.M.C.	26
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S. P	A La Luz	S. P			
					2. Cicatrices	S. P	Consensuado	S. P			
					Palpación		Acomodación		S. P		
					3. Puntos dolorosos	S. P	Convergencia	S. P			



CTT-009		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica	X											
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral												
	Estrés familiar	X											
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho		X											
Completamente satisfecho													
Insatisfecho													
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
Hizo que el dolor mejore algo													
Hizo que el dolor mejore mucho		X											
No hubo cambios													

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: MACHACHI	FECHA: 20/06/19

Yo, CECILIA CAYO, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de paciente.  No como representante ..... Del paciente JIMENA ALTAMIRANO; autorizo a \_\_\_\_\_, con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; para la realización del procedimiento DIGITO PRESION.

NO.... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

NO.... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

NO....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

NO....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

NO....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

NO....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

NO....he leído este documento en su totalidad y  NO....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo  NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Cecilia Cayo

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN** CTT-110

Fecha de Ingreso	Apellidos	Nombres
20/06/14		
Edad	Sexo	Raza
53	M	Mest
Estado Civil		
S C X D V UL		
Instrucción		Profesión
Superior		Odontóloga
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento
Est. etc.	Quito	3/03/1963
Residencia Ocasional		Dirección
		Sanguluni
Religión	Teléfono	
Catól	2341-144	
Referencia familiar	Teléfono	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Cefalea Tensional.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Ninguna.
Niñez	A los 10 años caída en bicicleta.
Adolescencia	Ninguna.
Adulto Joven	Ninguna.
Adulto Mayor	A los 42 años Parálisis facial afectado el lado derecho. Desde los 40 años. De meditis de contacto.

**4 AGO**

Menarquia	FLUM	G	2	P	2	A	-	C	2	HV	2	HM	PF	CICLOS	
Menopausia	Características del periodo menstrual		Menopausia.												

**5 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
	2. Ad. e							

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 1 día.
2. Fecha real de comienzo	Hace 1 año
3. Intensidad	7
4. Causa aparente	Estrés - problemas familiares
5. Sitio del dolor	Dolor de cabeza incluido ojo derecho.
6. Irradiación	Hacia el ojo derecho
7. Tipo de dolor	Opresiva.
8. Síntomas acompañantes	Decreimiento total
9. Relación con el tipo de alimentos	No
10. Horario	G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ M.C/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	
12. Relación con el vómito	No
13. Relación con la orina	No

14 Relación con la deposición	N.
15 Relación con las decúbitos	No
16 Relación con los tratamientos	No
17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	
18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	Intenso.
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	Ninguna S.P.A
Disnea, Cianosis, tos, etc	
FARINGE	S.P.A
Ardor, Odinofagia, etc	
LARINGE	S.P.A
Carraspeo, etc	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	S.P.A
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	S.P.A
Palpitaciones, Edema, etc	
GASTROINTESTINAL	S.P.A.
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	Frecuentes I.V.U.
GENITALES FEMENINO	S.P.A.
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLÓGICO	S.P.A.
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELÉTICO	leve a nivel de rodillas.
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLÓGICO	Ligeras temblores en el ojo derecho
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología						
APETITO	Cambios en el apetito		No		Que sabor prefiere		Salado	Dulce				
	Preferencia por comida		Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento					
SED	Tiene sed		No	Cuanta agua toma al día		poco	A qué hora					
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza		No	Suda		normal	Se cansa fácilmente					
	Cansancio durante el día		Si	Mejora con la comida		a veces	Empeora con la comida					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición		1/día	Cantidad		normal	Color	normal	Características	normal		
SUEÑO	Horas de sueño		5-6	Calidad		notab. buena	Insomnio	a veces	A qué hora	3-3:30	Pesadillas	—
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar		No	Hora		—	Color	—	Olor			
	Cantidad		S.P.	Chorro		—	Goteo	—	Ardor			S.P.
MEMORIA	T	M	X	A	—	—	—	—	—	—	—	—

<b>7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>				CP CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR				
MADERA		TIERRA		METAL		AGUA		
ira	X	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	miedo			
frustración		euforia	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad			
pesadilla		alucinaciones	cansancio	escalofrío	memoria pobre			
tendinitis		palpitaciones	X	anemia	fatiga	Insuficiencia inmunitaria		
cefalea temporal-vertex	X	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	X	obstrucción nasal	cefalea occipital		
metrorragia		insomnio	edema		tos	trastornos congénitos		
ojo rojo seco	X	dolor precordial	distensión abdominal		estreñimiento	disuria cistitis		X
debilidad muscular		ahogo	obesidad delgadez		esputo	calvicie prematura		
espasmo muscular		presentimiento	ageusia		anosmia	infertilidad frigidez		
vértigo acufenos		olvido fácil	hernias		rinitis sinusitis	litiasis		
eczema prurito	X	úlceras en boca	nauseas o vómito		dolor ardor de garganta	neuritis		
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo	ardor epigastro		voz débil	dolor óseo		


mastalgia		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro	
nódulo mama ovario test		secreción vaginal blanca		absceso plodermittis		calor en cinco centros	

**B. EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	55	Talla	1.55	I.M.C.	23
------------------	--------	-------	----	-------------	----	----------	----	-------	------	--------	----

**CABEZA** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

Marcar Zona Afectada	Inspección			
	1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.O.
	2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.
	Palpación		Acomodación	
	3. Puntos dolorosos	Du 20	Convergencia	S.P.



CTT- C10

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

Crónica	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------

Pulsátil	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------

Alimentos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	(2)	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Completamente	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

satisfecho	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------

Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------

No hubo cambios	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 20/06/19

Yo, Jimena Altamirano, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente  o como representante  Del paciente Jimena Altamirano, con profesión o especialidad Digitopresión; autorizo a Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PACIENTE Jimena Altamirano

C.IDENTIDAD 171000652-7

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN CTT-011

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
20/06/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
21	M	Mestizo	S	Superior	Ing. Sistemas
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
Grande Ferretería	Guatemala		22/11/77	Machochi	
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono	
	Católica	Machochi, José Mejía			
Referencia familiar				Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor cabeza occipital.

3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Ninguna
Niñez	Ninguna
Adolescencia	Ninguna. 3. U. urinarias. Lumbalgia (ejercicio sin calentamiento).
Adulto Joven	2 (exorcismos). Alergia al sol. (cuidados hasta la fecha con protectores solares).
Adulto Mayor	

4 G

Menarquia	14 años	FUM		G	2	P	2	A		C	2	HV	2	HM	-	PF		CICLOS	e/28d
Menopausia	Características del periodo menstrual																		

5 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
Abuelo materno								

6 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

- Fecha aparente de comienzo Hoy 20/06/19.
- Fecha real de comienzo a los 40 años.
- Intensidad 7
- Causa aparente Multitareas.
- Sitio del dolor occipital
- Irradiación hacia cuello.
- Tipo de dolor opresivo
- Síntomas acompañantes cansancio.
- Relación con el tipo de alimentos ninguna.
- Horario IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/ durante el día.
- Periodicidad 1 a 2 veces a la semana.
- Relación con el vómito no.
- Relación con la orina no.

14 Relación con la deposición **no**

15 Relación con las decubitos **no**

16 Relación con los tratamientos **no**

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **continente, y dolor en inicio reja ojo iz izquierdo.**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** **S.P.A**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A**  
Ardor, Disfagia, etc.

**LARINGE** **S.P.A**  
Carraqueo, etc.

**FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **S.P.A**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S.P.A**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **S.P.A**  
Disfagia, Hilitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** **Dolor muscular (derecho) pérdida fuerza.**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

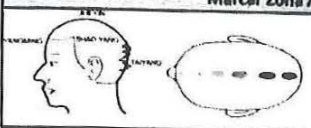
**NEUROLÓGICO**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	S.P.	Qué sabor prefiere	Salado		Dulce
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento
SED	Tiene sed	S.	Cuanta agua toma al día	4-5 vasos	A qué hora	S.P.
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza		Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	Si
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	1/día	Cantidad	S.P.	Color	S.P.
SUEÑO	Horas de sueño	7	Calidad	bien	Insomnio	S.P.
	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.		
MOCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	No.	Hora	S.P.	Color	S.P.
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.
MEMORIA	T	X	M		A	
	Tabaquismo		Alcoholismo		Drogas	

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	ageusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	ardor epigastrio	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	110 / 80	Pulso	84	F. Respirat	20	Peso/kg.	140 / 16r	Talla	1.55	I.M.C.	25
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología					(C.P.) Con Evidencia de Patología						
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S. Q.	A La Luz	S. Q.			
					2. Cicatrices	S. Q.	Consensuado	S. Q.			
					Palpación		Acomodación	S. Q.			
					3. Puntos dolorosos	D. D.	Convergencia	S. Q.			

M.T.A

HOJA DE EVOLUCION

M.T.A.E HCL: C.T.T - 011

FECHA	Intensidad de T a disminuyo a B, por lo de	
23/06/19	siendo esta más liviana.	
5/03/19	Paciente indica que vuduo a tener otro episodio de dolor de cabeza de intensidad	
	S. luego de la aplicación de la terapia.	
	el dolor disminuye a 1.	
	El tipo de desencadenante fue multifunciones que lleva en el hogar.	

CTT-011		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>											
	Crónica	<input type="checkbox"/>											
3.- La Duración es :													
	Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Crónica	<input type="checkbox"/>											
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Pulsátil	<input type="checkbox"/>											
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>											
	Alimentos	<input type="checkbox"/>											
	Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>											
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	(2)	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>												
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>												
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>												
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>												
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>												

OTT 011 Segunda Evaluación		ENCUESTA	
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.			
Ningún dolor		0	1 2 3 4 (5) 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:			
Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>	
	Crónica	<input type="checkbox"/>	
3.- La Duración es :			
	Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Crónica	<input type="checkbox"/>	
4.- Tipo de dolor:			
	Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Pulsátil	<input type="checkbox"/>	
5.- Factores desencadenantes			
	Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Alimentos	<input type="checkbox"/>	
	Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>	
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.			
Ningún dolor		0	(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.			
Muy satisfecho		<input checked="" type="checkbox"/>	
Completamente satisfecho		<input type="checkbox"/>	
Insatisfecho		<input type="checkbox"/>	
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.			
Hizo que el dolor mejore algo			
Hizo que el dolor mejore mucho		<input checked="" type="checkbox"/>	
No hubo cambios		<input type="checkbox"/>	

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 24/06/2019

Yo, 14 de noviembre con C.I. .... domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento .....

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO..... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI.....NO..... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO..... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO..... he leído este documento en su totalidad y SI.....NO..... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Maria Altamirano

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

C. IDENTIDAD 131000652-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN															
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres									
24/06/1962															
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil			Instrucción	Profesión							
56	M	F	X	M	S	C	X	D	V	U.L.	Secundaria				
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual								
C.D.		Mochochi			12/XII/62		Mochochi								
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono						
			Católico						236134						
Referencia familiar								Teléfono							
2 MOTIVO DE CONSULTA															
Paciente con dolor de cabeza.															
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS															
Infancia		Nunca padeció Niunca.													
Niñez		Ninguna.													
Adolescencia		Ninguna.													
Adulto Joven		A los 24 años se casa. Ninguna cirugía.													
Adulto Mayor		A los 50 años Asma Bronquial. (Ho inhaladora). Rinitis alérgica al frío al polvo. A los 40 años. Gastritis crónica.													
4. AGO															
Menarquia	16 años	FUM		G	4	P	3	A	1	C	IV	3	HM	PF	CICLOS
Menopausia	51	Características del periodo menstrual			2 meses.										
		menopausia controlada.													
5 ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO							
		3. HTA moderada.													
6 ENFERMEDAD ACTUAL															

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo Hace 1 día.											
2. Fecha real de comienzo Hace 2 años											
3. Intensidad 4											
4. Causa aparente Estrés familiar y laboral.											
5. Sitio del dolor todo la cabeza											
6. Irradiación hacia occipital y cuello											
7. Tipo de dolor opresivo											
8. Síntomas acompañantes desahumante											
9. Relación con el consumo de alimentos no											
10. Horario G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/											
11. Periodicidad intermitente											
12. Relación con el vómito no											
13. Relación con la orina no											

14. Relación con la deposición no

15. Relación con las decúbitos no

16. Relación con los tratamientos no

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? no

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? igual

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** Asma bronquial. Factores: frío, polvo, sustancias desinfectantes.  
 Disnea, Cianosis, tos, etc. No; Salbutamol 100mcg y Beclometasona.

**FARINGE** S.P.A.  
 Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** Si de forma esporádica  
 Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARAMASALES** Rinitis. Momentos no paque nasal.  
 Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** H.T.A. No: lucitan tab 50 mg  
 Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL**  
 Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A.

**GENITALES FEMENINO**  
 Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc. Síndrome ovárico.

**ENDOCRINOLOGICO**  
 Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Hombro derecho, rubella izquierda, (suena).  
 Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

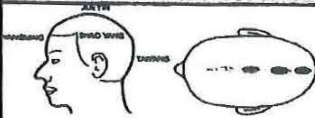
**NEUROLOGICO** S.P.A.  
 Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	No	Qué sabor prefiere	Salado	Dulce
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido	Come Lento
SED	Tiene sed	Cuanta agua toma al día	2 litros.	A qué hora	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	Suda	Se cansa fácilmente		
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida	Empeora con la comida		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	1/caca	Cantidad	Color	Características
SUEÑO	Horas de sueño	Calidad	Duermo	Insomnio	A qué hora Pesadillas
INCONTINENCIA	Se levanta por la noche a orinar	no	Hora	Color	Olor
	Cantidad	Chorro	Goteo	Ardor	
MEMORIA	T	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo Drogas

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** (C.P.) CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR X

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	obesidad delgadez	esputo	cáncer prematura
espasmo muscular	agueusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocóndrio	ardor epigástrico	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces	<input checked="" type="checkbox"/>	psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro	
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros	
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>									
<b>SIGNOS VITALES</b>									
Presión arterial	120	/	80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	126 = 53
								Talla	1.55
								I.M.C.	24
<b>CABEZA</b> <span style="margin-left: 20px;">mm Hg</span> <span style="margin-left: 20px;">lcb/min</span> <span style="margin-left: 20px;">Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología</span> <span style="margin-left: 20px;">(C.P.) Con Evidencia de Patología</span>									
<b>Marcar Zona Afectada</b>					<b>Inspección</b>				
					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P	
					2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P	
					<b>Palpación</b>		Acomodación	S.P	
					3. Puntos dolorosos	DU.20	Convergencia	S.P	

HOJA DE EVOLUCION

MECC: HCL: CTT-012

FECHA		
24/06/2019	Paciente manifiesta estar con dolor de cabeza, intensidad 4. Se inicia la terapia	
	solicitando primero cerrar los ojos, se aplica el aceite de romero y lavanda en los puntos Tai yang y con el dedo	
	medio (dispersión) se procede de forma anti horario; posteriormente con el	
	DUI 20.	
	Paciente luego de la terapia indica sentirse más tranquila, relajada y	
	el dolor disminuye a 1.	

CTT-012		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
Episódica		X											
Crónica													
4.- Tipo de dolor:													
Opresivo		X											
Pulsátil													
5.- Factores desencadenantes													
Estrés laboral		X											
Estrés familiar		X											
Alimentos													
Sin causa aparente													
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho		X											
Completamente satisfecho													
Insatisfecho													
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
Hizo que el dolor mejore algo													
Hizo que el dolor mejore mucho		X											
No hubo cambios													

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 25/06/19

Yo, ..... con C.I. ....; domiciliado en Jose Mejia 1270 y Antonia Benitez; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente. No como representante ..... Del paciente ..... autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento ..... Digitopresión.....

SI...X... NO.... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI...X...NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI...X...NO....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...X...NO....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI...X...NO....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI...X...NO....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...X...NO....he leído este documento en su totalidad y SI...X...NO....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI...X... NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE B. Benitez

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD A. Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
**Registro SENESCYT No. 17-061**  
**Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales**  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
25/06/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
69	M	M	V X U.L	Superior	Med. Chiropr.
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
	Machachi		24/03/50	Machachi	
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono	
	Catól.	Machachi		2316687	
Referencia familiar				Teléfono	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Cefalea en región occipital

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Parto. Normal.
Niñez	Ninguna.
Adolescencia	Ninguna.
Adulto Joven	Apendic. Operado 13 años. Ent. parot. amígdalas (amigdalitis frecuentes). A los 19.
Adulto Mayor	A los 50 gastritis, por Helicobacter. Actualmente controlada.

**4 G**

Menarquia	13 años	FUM		G	3	P	3	A	-	C	3	HV	3	HM	-	PF		CICLOS	
Menopausia	✓	Características del período menstrual		Hormonal por 5 años en la menopausia. Calores esporádicos.															

**5 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
	2. TIUS	3. Mord						
maternos								

**6 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

- Fecha aparente de comienzo: Hace 3 días desde el inicio
- Fecha real de comienzo: Hace 2 días
- Intensidad: G
- Causa aparente: Estrés laboral pero más situaciones familiares.
- Sitio del dolor: Atrás, región occipital
- Irradiación: Si hacia el cuello y hombros
- Tipo de dolor: Opresivo
- Síntomas acompañantes: malestar, decaimiento.
- Relación con la ingesta de alimentos: No
- Horario: G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
- Periodicidad: Constante.
- Relación con el vómito: No
- Relación con la orina: No

14 Relación con la deposición No

15 Relación con las secreciones No

16 Relación con los tratamientos No

17 En la hora (o días) que siguen al inicio, cambió la forma de ser del dolor? No

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? Permanece

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** Neumonías recurrentes uno o dos al año. Congestión Respiratoria.  
Disnea, Cianosis, tos, etc. con Nebuliza.

**FARINGE**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** S?  
Carraqueo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** No.  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A.  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Gastritis crónica. Intolerancia a grasas.  
Distasia, Malitos, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A.

**GENITALES FEMENINO** S.P.A.  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** Hipotiroidismo. Tto Levo tiro 75 mcg. (hace 3 meses).  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Dolor talón, hombro, dolor migratorio. Se ayuda con el fito.  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

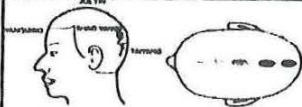
**NEUROLOGICO** En párpados, temblores.  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marca: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado	X	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	X	Frio	Come rápido	X	Come Lento			
SED	Tiene sed	S.P.	Cuanta agua toma al día	4 vasos	A qué hora	S.P.				
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	No	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.				
	Cansancio durante el día	Si	Mejora con la comida	Si	Empeora con la comida	S.P.				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	4 etc.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	6	Calidad	buena	Insomnio	S.P.	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	No	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.		
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.		
MEMORIA	T	M	A	X	Tabaquismo	—	Alcoholismo	—	Drogas	—

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** (C.P. - CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA - MARCAR X)

MADERA		TIERRA	METAL	AGUA	
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	miedo	
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad	
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío	memoria pobre	
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga	Insuficiencia inmunitaria	
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pasadez	obstrucción nasal	cefalea occipital	
metrorragia	insomnio	edema	tos	trastornos congénitos	
ojo rojo seco	X dolor precordial	distensión abdominal	X	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura	
espasmo muscular	presentimiento	agueusia	anosmia	infertilidad frigidez	
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis	litiasis	
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	X	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	voz débil		dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros				
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	120	80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	65	Talla	1.50	I.M.C.	28
<b>CABEZA</b>												
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología												
Marcar Zona Afectada						Inspección						
						1. Manchas	NS	A La Luz	S.P			
						2. Cicatrices	NS	Consensado	S.P			
						Palpación		Acomodación	S.P			
						3. Puntos dolorosos	DU20	Convergencia	S.P			



CTT. 013

**ENCUESTA**

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	
	Infrecuente	X
	Crónica	

3.- La Duración es :

Episódica	X
Crónica	

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	X
Pulsátil	

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	X
Estrés familiar	X
Alimentos	
Sin causa aparente	

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	X
Completamente satisfecho	
Insatisfecho	

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	
Hizo que el dolor mejore mucho	X
No hubo cambios	

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>26/06/19</u>

Yo, Amparo Jimena Altamirano Arguero, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO.....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO.....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO.....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO.....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO.....he leído este documento en su totalidad y SI.....NO.....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE 

NOMBRE DEL PACIENTE Amparo Jimena Altamirano Arguero

C.IDENTIDAD 171000652-7

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de Ingreso	Apellidos					Nombres					
26/04/19						C. Y. Y. D. I. A. I.					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión			
28	M	M	S	C	A	D	V	U.L.	Secundaria		
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Limpiadora		Cuzco			12/08/98		Machachi				
Residencia Ocasional			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católico	Barrio El Obelisco				0979593110			
Referencia familiar							Teléfono				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Dolor occipital											
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infancia	Prematuro 8 meses. (Cesárea).										
Niñez	A los 5 años. Quemadura - 3º grado (fuego) Hospitaliza x 8 meses. Injertos y recuperación. Cerca 2 años en recuperación.										
Adolescencia	A los 12 años golpe de ruidos tabique nasal. A los 20 años cirugía tabique nasal. No mejora totalmente (siente obstrucción).										
Adulto Joven	Gastritis hasta la fecha. No tolera leche, deriv. lácteos.										
Adulto Mayor											
AGO											
Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
Menopausia	Características del periodo menstrual										
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO			
	2. Madre										
4 ENFERMEDAD ACTUAL											

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo hace 2 días.											
2. Fecha real de comienzo hace 1 año.											
3. Intensidad 6											
4. Causa aparente estrés											
5. Sitio del dolor zona occipital											
6. Irradiación al cuello, hombros, espalda											
7. Tipo de dolor opresivo											
8. Síntomas acompañantes náuseas, decaimiento											
9. Relación con el tipo de alimentos No											
10. Horario G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/											
11. Periodicidad permanente											
12. Relación con el vómito No											
13. Relación con la orina No											

14	Relación con la deposición	no
15	Relación con las decubitos	no
16	Relación con los tratamientos	no
17	En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	
18	Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>		
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS		
<b>RESPIRATORIO</b>	S.P.A.	Neumonía hace 2 años.
Dureza, Cianosis, tos, etc		
<b>FRINGE</b>	S.P.A.	
Ardor Odinofagia, etc		
<b>LARINGE</b>	S.P.A.	
Carraspeo, etc		
<b>FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES</b>		
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.		
<b>CIRCULATORIO</b>	S.P.A.	
Palpitaciones, Edema, etc		
<b>GASTROINTESTINAL</b>	S.P.A.	Gastritis.
Dysfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc		
<b>URINARIO</b>	S.P.A.	I.V.U. - infección hace 1 mes
<b>GENITALES FEMENINO</b>		
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.		
<b>ENDOCRINOLOGICO</b>	S.P.A.	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.		
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	S.P.A.	Calambres paravertebrales y musculares no muy frecuentes. Dolor espalda
Dolor articular, Ruidos articulares, etc. centro del dorso; Dolor codo permanente		
<b>NEUROLOGICO</b>	S.P.A.	
Temblores, Sueño, Tics, etc.		

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología						
<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere	Salado	<input checked="" type="checkbox"/>	Dulce					
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Come Lento					
<b>SED</b>	Tiene sed	S.P.	Cuanta agua toma al día	3-4	A qué hora	S.P.						
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	S.P.	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.						
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.						
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposition	Cuando / 2 veces	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.				
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	8	Calidad	biera	Insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.		
<b>MICCIÓN</b>	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	2 medianoche	Color	S.P.	Olor	S.P.				
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.				
<b>MEMORIA</b>	T	<input checked="" type="checkbox"/>	M	<input checked="" type="checkbox"/>	A	<input checked="" type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input checked="" type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input checked="" type="checkbox"/>	Drogas	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>											
<b>MADERA</b>				<b>TIERRA</b>				<b>METAL</b>		<b>AGUA</b>	
ira		insatisfacción		ideas obsesivas		tristeza	<input checked="" type="checkbox"/>	miedo			
frustración		euforia		rumiación de ideas	<input checked="" type="checkbox"/>	melancolía		falta de voluntad			
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío		memoria pobre			
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga		Insuficiencia inmunitaria			
cefalea temporal-vertex		intranquilidad		cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital	<input checked="" type="checkbox"/>		
metrorragia		insomnio		edema		tos		trastornos congénitos			
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>	estreñimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	disuria cistitis	<input checked="" type="checkbox"/>		
debilidad muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	ahogo		obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura			
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia		infertilidad frigidez			
vértigo acufenos	<input checked="" type="checkbox"/>	olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis		litiasis			
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito	<input checked="" type="checkbox"/>	dolor ardor de garganta		neuritis			
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigastro	<input checked="" type="checkbox"/>	voz débil		dolor óseo			

mastalgia	sudor palmas	restos alimentarios en heces	psoriasis hiperhidrosis	envejecimiento prematuro
nódulo mama ovario test	logorrea	secreción vaginal blanca	absceso plodermitis	calor en cinco centros

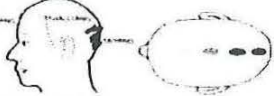
**B. EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Presión arterial	120/80	Pulso	82	F. Respirat	18	Peso/kg.	70	Talla	1.65	I.M.C.	25.3
------------------	--------	-------	----	-------------	----	----------	----	-------	------	--------	------

**CABEZA**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

Marcar Zona Afectada	Inspección			
	1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.
	2. Cicatrices	parietal 4 cm.	Consensuado	S.P.
	Palpación		Acomodación	S.P.
	3. Puntos dolorosos	VB 20	Convergencia	S.P.



CTT 014

**ENCUESTA**

**1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.**

Ningún dolor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **6** | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor dolor imaginable

**2.- El número de crisis es:**

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

**3.- La Duración es :**

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

**4.- Tipo de dolor:**

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

**5.- Factores desencadenantes**

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

**6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.**

Ningún dolor | **0** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor dolor imaginable

**7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.**

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

**8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.**

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 26/06/19

Yo, Machachi, con C.I. 1710006527; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente o como representante Del paciente Machachi; autorizo a Machachi; con profesión o especialidad Machachi; para la realización del procedimiento Machachi.

SI... NO... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI... NO... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI... NO... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI... NO... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI... NO... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI... NO... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI... NO... he leído este documento en su totalidad y SI... NO... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI... NO... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Machachi

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 1710006527

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

**FICHA MÉDICA**

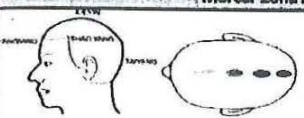
1. DATOS DE FILIACIÓN														
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres								
27/06/19														
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión							
29	M	X	Mejía	S	C	X	D	V	U.L.	Superior	Ingeniero Agrónomo			
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual							
		Quito			28/11/1980		Machachi							
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono					
			Catól.		Cód. José Mejía 0487044807				2310 298					
Referencia familiar								Teléfono						
2 MOTIVO DE CONSULTA														
Dolor de cabeza														
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS														
Infancia														
Nacimiento cesáreo														
Niñez														
Piriquitas a la mano. Fractura de clavícula por caída.														
Lesión del oído derecho														
Adolescencia														
Ninguna														
Adulto Joven														
Tobillo pie derecho (ligamentos) A los 24 años, cirugía V. Biliar.														
Hernia umbilical a los 25 años. A los 34 años cesárea.														
A los 35 años aborto terapéutico.														
Adulto Mayor														
4 ABO														
Menarquia	15	FUM	26/06	G	2	P	L	A	C	HV	HM	PF	CICLOS	Regulares
Menopausia	Características del periodo menstrual													
	normal.													
5 ANTECEDENTES FAMILIARES														
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO						
		3. Abult							Hijo quemado en extremo. 5me años					
materna														
6 ENFERMEDAD ACTUAL														

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo											
Hace 2 días											
2. Fecha real de comienzo											
Hace 1 año											
3. Intensidad											
6											
4. Causa aparente											
Ed. de familia y laboral.											
5. Sitio del dolor											
Región occipital.											
6. Irradiación											
Cuello											
7. Tipo de dolor											
Opresivo											
8. Síntomas acompañantes											
decaimiento											
9. Relación con el tipo de alimentos											
ninguna											
10. Horario											
IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/											
11. Periodicidad											
intermitente											
12. Relación con el vómito											
no											
13. Relación con la orina											
no											

14	Relación con la deposición	no
15	Relación con los descubiertos	no
16	Relación con los tratamientos	no
17	En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	no
18	Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	igual
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>		
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS		
<b>RESPIRATORIO</b>		
Disnea (taquicardia, tos, etc) <i>Episodios respiratorios c/medic.</i>		
<b>FARINGE</b>		
Ardor Odinofagia, etc <i>Amigdalitis, Faringitis.</i>		
<b>LARINGE</b>		
Carraspeo, etc		
<b>FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES</b> <i>S.P.A</i>		
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc		
<b>CIRCULATORIO</b> <i>S.P.A</i>		
Palpitaciones, Edema, etc		
<b>GASTROINTESTINAL</b> <i>Gastritis con tu mejora. Antecedentes estomatológicos.</i>		
Dyslagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc		
<b>URINARIO</b> <i>I.U.U. en el año una con tu mejora.</i>		
<b>GENITALES FEMENINO</b> <i>S.P.A</i>		
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.		
<b>ENDOCRINOLOGICO</b> <i>S.P.A</i>		
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.		
<b>MUSCULOESQUELETICO</b> <i>S.P.A</i>		
Dolor articular, Ruidos articulares, etc		
<b>NEUROLOGICO</b> <i>Duixismo. Utiliza protector dental</i>		
Temblores, Sueño, Tics, etc		

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No		Que sabor prefiere	Salado			Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio		Come rápida		Come lento	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>SED</b>	Tiene sed	Si		Cuanta agua toma al día	4 dta		A qué hora		
<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	Qué actividad realiza	no		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P	
	Cansancio durante el día	Siempre		Mejora con la comida	Si		Empeora con la comida	S.P	
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposition	1		Cantidad	S.P		Color	S.P	
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	6		Calidad	S.P		Insomnio		
	Se levanta por la noche a orinar	No		Hora	S.P		Color	S.P	
<b>MICCIÓN</b>	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	—	
	Ardor	—		Tabaquismo	—		Alcoholismo	—	
<b>MEMORIA</b>	T	<input checked="" type="checkbox"/>	K	M	A				

<b>7 INTERFERENCIAS EN LOS ELEMENTOS</b>				CP CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARGARIT			
<b>MADERA</b>		<b>TIERRA</b>		<b>METAL</b>		<b>AGUA</b>	
ira	<input checked="" type="checkbox"/>	insatisfacción		ideas obsesivas	<input checked="" type="checkbox"/>	tristeza	<input checked="" type="checkbox"/>
frustración		euforia		rumiación de ideas	<input checked="" type="checkbox"/>	melancolia	<input checked="" type="checkbox"/>
pesadilla		alucinaciones		cansancio	<input checked="" type="checkbox"/>	escalofrío	
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga	<input checked="" type="checkbox"/>
cefalea temporal-vertex		intranquilidad		cefalea frontal pesadez	<input checked="" type="checkbox"/>	obstrucción nasal	
metrorragia		insomnio		edema		tos	<input checked="" type="checkbox"/>
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal		estreñimiento	
debilidad muscular		ahogo		obesidad delgadez		esputo	
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia	
vértigo acúfenos		olvido fácil		hernias	<input checked="" type="checkbox"/>	rinitis sinusitis	
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito		dolor ardor de garganta	
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigastrio	<input checked="" type="checkbox"/>	voz débil	
							dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso plodermatitis		calor en cinco centros				
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b> <i>Hueso: 19 hcm</i>												
Presión arterial	110	70	Pulso	84	F. Respirat	20	Peso/kg.	60	Talla	1.56	I.M.C.	24.6
<b>CABEZA</b> Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología												
Marcar Zona Afectada						Inspección						
						1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
						2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
						Palpación		Acomodación	S.P			
						3. Puntos dolorosos	DUJO	Convergencia	S.P			



CTT-015

**ENCUESTA**

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 1/7/19

Yo, Machachi, Mejia, con C.I. ....; domiciliado en .....; de la ciudad de .....; en calidad de paciente Si o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad .....; para la realización del procedimiento Digitopresión.

NO he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

NO comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

NO he leído este documento en su totalidad y  NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo  NO Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 71000652-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

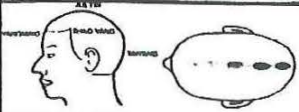
1. DATOS DE FILIACIÓN																	
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres											
1/02/19						CTT-016											
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil			Instrucción	Profesión								
43	M	N	F	Mest	S	C	D	X	V	U.L.	Secundaria	Conductor					
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual									
Operaria Ambul.		Machachi			30/05/76			Machachi									
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono									
				23/Julio y Manuel German				0984042843									
Referencia familiar								Teléfono									
2 MOTIVO DE CONSULTA																	
Dolo. de cabeza																	
3 ANTECEDENTES PERSONALES																	
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																	
Infancia		No															
Niñez		No															
Adolescencia		No															
Adulto Joven		A los 22-23 años Gastritis (Helic pylori). A los 20 años Cirugía de Apéndice.															
Adulto Mayor		A los 42 años detecta Cáncer Vesícula.															
4 ANTECEDENTES FAMILIARES																	
1. CARDIOPATIA		2. DIABETES		3. HIPERT.		4. CÁNCER		5. TUBERC.		6. EMENTA		7. E. INFECC.		8. MALFORM.		9. OTRO	
						4. Maná Heru											
4 ENFERMEDAD ACTUAL																	

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo		Hace 1 día									
2. Fecha real de comienzo		Hace 3 años									
3. Intensidad		5									
4. Causa aparente		Estrés laboral									
5. Sitio del dolor		Región occipital.									
6. Irradiación		Hacia el cuello.									
7. Tipo de dolor		Opresivo									
8. Síntomas concomitantes		cansancio									
9. Relación con el consumo de alimentos		ninguna									
10. Horario		G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/									
11. Periodicidad		intermitente									
12. Relación con el vómito		no									
13. Relación con la orina		no									

14. Relación con la deposición	no
15. Relación con los decúbitos	no
16. Relación con los tratamientos	no
17. (En la hora o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	no
18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	leve
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	S.P.A
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	S.P.A
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	S.P.A
Carraspeo, etc.	
POSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	S.P.A
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	S.P.A
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	Gastritis, hace 2 semanas Regurgitación. Cambio dieta h Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc. miedos colitis Vesicul.
URINARIO	S.P.A
<b>GENITALES FEMENINO</b>	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	S.P.A
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	S.P.A
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	S.P.A
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	S.P.	Dulce	S.P.
	Preferencia por comida	Caliente	S.P.	Frio	S.P.	Come rápido	✓	Come Lento		
SED	Tiene sed	Si	Cuanta agua toma al día	S ucosos	A qué hora	du. ro. e. d. d. a.				
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	Si	Suda	Si	Se cansa fácilmente	S.P.				
	Cansancio durante el día	No	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	5-6	Calidad	buena	Insomnio	No	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	No	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.		
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.		
MEMORIA	T	M	A		Tabaquismo		Alcoholismo		Drogas	

<b>7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS</b>					C.P. = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA; MARCAR 'X'				
<b>MADERA</b>				<b>TIERRA</b>		<b>METAL</b>		<b>AGUA</b>	
ira	X	insatisfacción		ideas obsesivas	X	tristeza		miedo	
frustración		euforia		rumiación de ideas		melancolía		falta de voluntad	
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío		memoria pobre	
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga		insuficiencia inmunitaria	
cefalea temporal-vertex		Intranquilidad		cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital	
metrorragia		Insomnio		edema		tos		trastornos congénitos	
ojo rojo seco	X	dolor precordial		distensión abdominal		estreñimiento		disuria cistitis	
debilidad muscular		ahogo		obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura	
espasmo muscular		presentimiento		aguez		anemia		infertilidad frigidez	
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis		litis	
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito	X	dolor ardor de garganta		neuritis	
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigástrico	X	voz débil		dolor óseo	

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros				
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	120	80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	68	Talla	1.65	I.M.C.	27
<b>CABEZA</b>												
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología												
Marcar Zona Afectada						Inspección						
						1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.			
						2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.			
						Palpación		Acomodación	S.P.			
3. Puntos dolorosos	S.P.	Convergencia	S.P.									

GVDI

HOJA DE EVOLUCION

DFGV

HCL: CTT-016

FECHA		
1/03/19	Paciente indica tener dolor de cabeza de intensidad 5, luego de la toma de Digitonina y aceite esenciales de romero y lavanda, el paciente	
	indica que el dolor disminuye a 1 y mejora su ánimo más tranquilo.	

ETT- 016

### ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor dolor imaginable

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor | 0 | (1) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor dolor imaginable

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 1/07/2019

Yo, Machachi Mejía, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de paciente. No como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano, con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; autorizo a \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI...  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI...  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI...  NO..... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...  NO..... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI...  NO..... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI...  NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...  NO..... he leído este documento en su totalidad y SI...  NO..... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI...  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
1/03/19			C.T.T-017			
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
23	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mest 5 X C	D V U.L.		Secundaria	Seguimiento
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Seguimiento (S.A)	13/02/1995		Chilpancingo	Mercha		
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono		
	Cristiano	El Barrio Mercha		0941654615		
Referencia familiar					Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de cabeza

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	No
Niñez	A los 10 años conjuntivitis - Citarulidol. Sinergia 2 ojos. Lentes. Dronia. ayuda visual (sobre todo noche).
Adolescencia	No A los 13 años. Vive sola.
Adulto Joven	Dolor de cabeza (superior) debajo costillas.
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
Ninguna.								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

- Fecha aparente de comienzo: Hace 2 días
- Fecha real de comienzo: Hace 13 años empieza
- Intensidad: 6
- Causa aparente: Estrés laboral
- Sitio del dolor: R. Occipital
- Irradiación: Cuello (templo)
- Tipo de dolor: Opresivo
- Síntomas acompañantes: espasmos, ojos rojos.
- Relación con el uso de alimentos: No
- Horario: A las 15:00 hrs. E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
- Periodicidad: C/ 15 días
- Relación con el vómito: No
- Relación con la orina: No

14. Relación con la deposición

15. Relación con los decúbitos **N**

16. Relación con los tratamientos **(No acompaña con epistaxis)**

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? **no**

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **igual**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** **No S.P.A.**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **N S.P.A.**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** **N S.P.A.**  
Carraspero, etc.

**FOJAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **S.P.A.**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **No S.P.A.**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **S.P.A.**  
Disfagia, Halirosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A.**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** **S.P.A.**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** **En la mano y pie**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc. **Du. hombre hace 3 años (caída).**

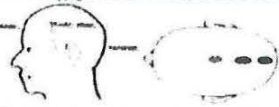
**NEUROLOGICO** **S.P.A.**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito <b>bien</b>		Qué sabor prefiere		Salado <b>X</b>	Dulce
	Preferencia por comida		Caliente <input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	Come Lento
<b>SED</b>	Tiene sed	<b>Si</b>	Cuanta agua toma al día	<b>3</b>	A qué hora	<b>durante día.</b>
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	<b>Si</b>	Suda	<b>S.P.</b>	Se cansa fácilmente	<b>S.P.</b>
	Cansancio durante el día	<b>S.P.</b>	Mejora con la comida	<b>S.P.</b>	Empeora con la comida	<b>S.P.</b>
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposition	<b>S.P.</b>	Cantidad	<b>S.P.</b>	Color	<b>S.P.</b>
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	<b>8</b>	Calidad	<b>Buen</b>	Insomnio	<b>No</b>
	A qué hora		Pesadillas	<b>No</b>		
<b>MICCIÓN</b>	Se levanta por la noche a orinar	<b>S.P.</b>	Hora	<b>S.P.</b>	Color	<b>S.P.</b>
	Cantidad	<b>S.P.</b>	Chorro	<b>S.P.</b>	Goteo	<b>S.P.</b>
<b>MEMORIA</b>	T	<b>X</b>	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo
					—	—
					—	—

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR **X**

MADERA		TIERRA		METAL		AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	<b>X</b>	tristeza		miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	<b>X</b>	melancolía		falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio		escalofrío		memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia		fatiga		Insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital <b>X</b>
metrorragia	insomnio	edema		tos		trastornos congénitos
ojo rojo seco <b>X</b>	dolor precordial	distensión abdominal		estreñimiento		disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia		anosmia		infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias		rinitis sinusitis		litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito		dolor ardor de garganta		neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigastro		voz débil		dolor óseo

mastalga		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
ruido mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso plodermittis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	19	Peso/kg.	59	Talla	1.60	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S P	A La Luz	S P			
					2. Cicatrices	S P	Consensuado	S P			
					Palpación		Acomodación		S P		
					3. Puntos dolorosos	DU 20	Convergencia		S P		

02011

HOJA DE EVOLUCION

HCL: CTT-017

FECHA		
1/09/19	Paciente manifiesta 100% dolo. de cuboza intensidad 6. Luego del tratamiento	
	indica sentirse mejor, más tranquilo y d.dolo. ho disminuido a 2.	

CTT-017		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica	X											
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral												
	Estrés familiar	X											
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X											
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho	X											
	No hubo cambios												

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 2019-7-01

Yo, Alcarr Machachi, con C.I. 171000052-7; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.  como representante  Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Dra. Diana con profesión o especialidad Dra. Diana; para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Morgan Yaguizola

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000052-7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																	
Fecha de Ingreso	Apellidos					Nombres											
1/09/19																	
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión									
37	M	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.									
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual										
Antesio-Arctor		Alcusi			7/11/81		Machachi de Nusc										
Residencia Ocasional		Religión	Dirección				Teléfono										
		Cadise					0967848195										
Referencia familiar									Teléfono								
2 MOTIVO DE CONSULTA																	
Cefalea tensional																	
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																	
Infancia	Cae un chuditor																
Niñez	A los 4 años fractura tibia.																
Adolescencia	A los 3 años operación Apéndice. (5 meses de embarazo)																
Adulto Joven	A los 26 años ligadura Vasos en el útero																
Adulto Mayor																	
AGO																	
Menarquia	12 años	FUM	20/06	G	3	P	2	A	1	C	-	HV	2	HM	PF	CICLOS	28 días
Menopausia	Características del periodo menstrual: 4 meses (surgidos), legado, 35 años.																
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																	
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO									
			4. Meni estímulo (quimioterapia)														
4 ENFERMEDAD ACTUAL																	

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR												
1. Fecha aparente de comienzo	Lunes 18/06/19											
2. Fecha real de comienzo	Lunes 19/06/19											
3. Intensidad	4											
4. Causa aparente	sin razón											
5. Sitio del dolor	frente											
6. Irradiación	vertex y occipital											
7. Tipo de dolor	opresivo											
8. Síntomas acompañantes												
9. Relación con el tipo de alimentos												
10. Horario	G/	E/	B/	C/	ID/	V/	R/	MC/	TR/	VB/	H/	
11. Periodicidad	de vez en cuando											
12. Relación con el vómito	a veces											
13. Relación con la orina	no											

14 Relación con la deposición **no**

15 Relación con las decúbitos **no**

16 Relación con los tratamientos **no**

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** *Síndrome Respiratorio*  
Dureza, Cianosis, tos, etc. *Alérgico → epurados*

**FARINGE**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE**  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** *Sinusitis hace 8 meses. Hto. y mejoría*  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** *S.P.A.*  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** *S.P.A.*  
Dyslagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** *S.P.A.*

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** *Dolor leve muñeca derecha*  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

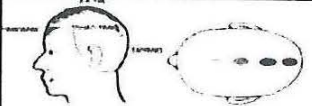
**NEUROLOGICO**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado <input checked="" type="checkbox"/>	Dulce <input type="checkbox"/>
	Preferencia por comida	Caliente <input checked="" type="checkbox"/>	Frio <input type="checkbox"/>	Come rápido <input type="checkbox"/>	Come lento <input type="checkbox"/>	
<b>SED</b>	Tiene sed			Cuanta agua toma al día	2-3 vasos	A qué hora
	Qué actividad realiza	caminadas		Suda	S.P.	Se cansa fácilmente
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Cansancio durante el día	Si		Mejora con la comida	Si	Empeora con la comida
	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.
<b>DEPOSICIÓN</b>	Horas de sueño	6	Calidad	bien	Insomnio	No
	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.
<b>MICCIÓN</b>	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.
	T	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** CP CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolla	falta de voluntad
pesadilla <input checked="" type="checkbox"/>	cansancio	escalofrío <input checked="" type="checkbox"/>	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	Insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex <input checked="" type="checkbox"/>	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal <input checked="" type="checkbox"/>	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular <input checked="" type="checkbox"/>	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	ageusia	anosmia	Infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	náuseas o vómito	dolor ardor de garganta <input checked="" type="checkbox"/>	neuritis
dolor en hipocondrio	ardor epigástrico	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nódulo mama ovano test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros				
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	118	90	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	59	Talla	1.58	I.M.C.	23.7
<b>CABEZA</b>												
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología												
Marcar Zona Afectada					Inspección							
					1. Manchas	S. P	A La Luz	S. P				
					2. Cicatrices	S. P	Consensuado	S. P				
					Palpación		Acomodación					
					3. Puntos dolorosos	Do 20	Convergencia	S. P				

YTCE

HOJA DE EVOLUCION

HCL: CTT-018

FECHA		
1/03/19	Paciente que manifiesta dolor frontal que se extiende hacia el vertex y region occipital. Luego de la terapia la	
	paciente manifiesta que se siente relajada y tranquila y el dolor de cabeza disminuye a 2.	

CTT-018

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

Crónica	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------

Pulsátil	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Alimentos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Sin causa aparente	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------------

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------

Hizo que el dolor mejore mucho	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------

No hubo cambios	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR:	FECHA:

Yo, Jimena Altamirano, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Calle Gorda Torres y Jorge Reina; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente o como representante Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad digitopresión; para la realización del procedimiento digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>1/07/19</u>

Yo, Sonia Rivera, con C.I. 13254978-9; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Digitop.es.ch con profesión o especialidad Digitop.es.ch para la realización del procedimiento Digitop.es.ch.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Sonia Rivera

NOMBRE DEL PACIENTE Sonia Rivera

C.IDENTIDAD 13254978-9

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO


I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN															
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres									
1/07/19		Rivero Cabezas				Santa Julieta									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión								
32	M	F	X	Mest	S	C	X	D	V	U.L.	superior	Talo. Contab?			
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual								
		Machachi			17/XI/86		Machachi								
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono						
					0995752210										
Referencia familiar								Teléfono							
2 MOTIVO DE CONSULTA															
Dolo. de cabeza tensional															
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS															
Infancia															
No. Noce parte normal Inmunización completa.															
Niñez															
No. A los 6 años leve caída.															
Adolescencia															
No. Dolores de cabeza se presentan															
Adulto Joven															
Dolores de cabeza continuos															
Hasta los 30 años mantiene act. física, luego de dejar por fibromialgia															
Adulto Mayor															
AGO															
Menarquia		12 años	FUM		G	I	P	(-)	A	C	I	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual													
		Ab. Solona													
3 ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO							
Ninguno.															
4 ENFERMEDAD ACTUAL															

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR											
1. Fecha aparente de comienzo En la mañana del día de hoy.											
2. Fecha real de comienzo Desde la adolescencia											
3. Intensidad 7											
4. Causa aparente Traso.											
5. Sitio del dolor parietal											
6. Irradiación todo cabeza.											
7. Tipo de dolor  pontante											
8. Síntomas acompañantes: aversión con náusea											
9. Relación con el tipo de alimentos Ninguna.											
10. Horario G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/											
11. Periodicidad 9 Semanas											
12. Relación con el vómito No											
13. Relación con la orina No											

14. Relación con la deposición **No**

15. Relación con las decúbitos **No**

16. Relación con los tratamientos **No**

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** **S.P.A.**  
Disnea, Cianosis, Tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A.**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** **S.P.A.**  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **S.P.**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S.P.**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **S.P.**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **Inflamación vesical**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** **S.P.A.**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** **Debilidad muscular**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

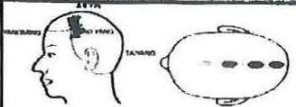
**NEUROLÓGICO** **Fibromialgia (Amplitud y Actuarial)**  
Temblores, Sueño, Tics, etc. **mucho intenso.**

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado		Dulce	α			
	Preferencia por comida	Caliente	α	Frio		Come rápido		Come Lento	α		
SED	Tiene sed	S.P.		Cuanta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	No actualmente		Suda	Ninguna		Se cansa fácilmente	S.P.			
	Cansancio durante el día	Si		Mejora con la comida	Si		Empeora con la comida	S.P.			
DEPOSICIÓN	Frecuencia	Deposición	1/día	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	4-5		Calidad		Insomnio	α	A qué hora		Pesadillas	
MICOON	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.	Olor	S.P.	
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.	Ardor	S.P.	
MEMORIA	T	M	α	A		Tabaquismo	—	Alcoholismo	—	Drogas	—

**7. INTENSIDAD DE SÍNTOMAS COMO SUMENTOS** (C.P.) CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	cefalea occipital
metrorragia	Insomnio	edema	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	110/80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	59	Talla	2.72	I.M.C.	21.7
<b>CABEZA</b>											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.O.			
					2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.			
					Palpación		Acomodación	S.P.			
					3. Puntos dolorosos	D.O.	Convergencia	S.P.			

R.C.S.J

HOJA DE EVOLUCION

S3RC

HCL: CTT-019

FECHA		
1/07/19	Paciente llega al C.S. Amochotzi a consulta psicólogo. Presenta cefalea tipo tensional intensidad 7, luego de la	
	terapia de Digitopresión y aceite de romero y lavanda; la paciente indica	
6/07/19	sentirse relajada y sin dolor. Dolor de cabeza intensidad 7, y continuación dolor de muñecas y brazos. Toma un ibupro	
2/07/19	feno tab 600mg. Paciente refiere dolor de las manos temblor y dolor de cabeza intensidad	
	5	
	Disminuye a 3 y tranquilidad relajación.	

CTT-019		ENCUESTA										
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.												
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:												
Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>										
	Crónica	<input type="checkbox"/>										
3.- La Duración es :												
	Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Crónica	<input type="checkbox"/>										
4.- Tipo de dolor:												
	Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Pulsátil	<input type="checkbox"/>										
5.- Factores desencadenantes												
	Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>										
	Estrés familiar	<input type="checkbox"/>										
	Alimentos	<input type="checkbox"/>										
	Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>										
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.												
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.												
Muy satisfecho	Completamente	<input checked="" type="checkbox"/>										
satisfecho		<input type="checkbox"/>										
Insatisfecho		<input type="checkbox"/>										
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.												
Hizo que el dolor mejore algo		<input type="checkbox"/>										
Hizo que el dolor mejore mucho		<input checked="" type="checkbox"/>										
No hubo cambios		<input type="checkbox"/>										

ETT - C19 Segunda Evaluación ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>1/07/19</u>

Yo, Juan Domingo Altamirano, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente, o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano con profesión o especialidad Digitopresión para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO..... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO..... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO..... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO..... he leído este documento en su totalidad y SI.....NO..... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Juan Domingo Altamirano

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres		
11/07/19					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil	Instrucción	Profesión
44	M	Mestizo	S	Superior	Tel. P. Reg. X
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
Regista X	Quito		16/09/74	Quito	
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono	
	Catól.	San Juan		0992655054	
Referencia familiar				Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea tensional.

3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO -- QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Nacimiento parto Normal.
Niñez	A los 8 años (accidente traumático) sin lesiones.
Adolescencia	
Adulto Joven	A los 34 años Cirugía Vesicular.
Adulto Mayor	A los 42 años Píndea Glaucoma - Flebo Píndea intracanalicular. Disminuye agudeza visual. tto: Lantus, Corticoides, Lágrimas Artificiales. permanente.

AGO

Menarquia	13	FUM	25/06	G	2M	P	2	A	1	C	HV	2	HM	1	PF	CICLOS	28 días normal
Menopausia	Características del periodo menstrual																
Nota: Legrado a los 3 años. (multumcción).																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
1. Abuelo.								4. Abuelo Abuelo.

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

1. Fecha aparente de comienzo	Desde hace 2 días.
2. Fecha real de comienzo	A los 42 años.
3. Intensidad	7
4. Causa aparente	Cefalea tensional estrés laboral
5. Sitio del dolor	frontal hacia el vértex
6. Irradiación	Hacia el vértex
7. Tipo de dolor	Opresivo.
8. Síntomas acompañantes	Conjunción visual
9. Relación con el tipo de alimentos	Ninguno
10. Horario	IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	
12. Relación con el vómito	No
13. Relación con la orina	No

14 Relación con la deposición No

15 Relación con las decubitos No

16 Relación con los tratamientos No

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18 Actualmente cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** Sinusitis, Sinusitis aguda, (Ho. entrec. x las ed. secund. en antibiót.)  
Diseña, Cianosis tos, etc.

**FARINGE**  
Ardor Odinofagia, etc.

**LARINGE**  
Carraqueo, etc.

**FOVAS NASALES Y SENOS PARAMASALES**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Gastritis aguda, (acidez)  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** I. V. U. leve

**GENITALES FEMENINO** I. leve.  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** Hacia 43 deques normales.  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Hernia lumbar, desgast Cervicales C4-C5,  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

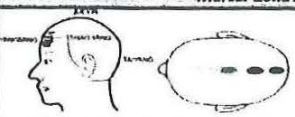
**NEUROLOGICO**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	Qué sabor prefiere		Salado	Dulce		
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido	Come Lento		
SED	Tiene sed	Cuanta agua toma al día	6 día.	A qué hora			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	1 vez semana.	Suda	Se cansa fácilmente			
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida	Empeora con la comida				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	norma	Cantidad	Color	Características		
SUEÑO	Horas de sueño	bien	Calidad	Insomnio	A qué hora	Pesadillas	X
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	Hora	Color	Olor			
	Cantidad	Chorro	Goteo	Ardor			
MEMORIA	T	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo	Drugas	

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X"

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	Intranquilidad	cefalea frontal pesadez	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	agueña	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	neuritis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	59	Talla	1.56	I.M.C.	37.8
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
<b>Marcar Zona Afectada</b>						<b>Inspección</b>					
						1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.		
						2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.		
						<b>Palpación</b>		Acomodación	S.P.		
						3. Puntos dolorosos	0/20	Convergencia	S.P.		

FECHA		
1/07/19	Paciente refiere estrés laboral y referir, con intensidad 7.	
	Luego de la terapia con aceite de rumex y paravolta y digito presión en Taiyany y DU 20. Manifiesta que se siente tranquilo, relajado y sin cefalea tensional.	
9/07/19	Paciente refiere sentirse mucho mejor, sigue recomendaciones respecto a la intensidad.	
	dieta y relajación. No ha tenido episodios de cefalea.	
	Se realiza masajes oculares y de relajación-masajes para cuello.	

CTT-020		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica	X											
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral	X											
	Estrés familiar												
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X											
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho		X										
	No hubo cambios												

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 1/07/19

Yo, José Mejía 12-20 y Antonio Bonilla, con C. Machachi; domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente NO como representante NO. Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad Digitopresión; para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI NO he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 17100652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN** C 77.021

Fecha de Ingreso	Apellidos	Nombres
11/03/19		
Edad	Sexo	Raza
30	M	Mestizo
Estado Civil		Instrucción
C/D/V/U.L.		Superior
Profesión		Terapeuta
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento
	Machochi	15/03/89
Residencia habitual		Residencia ocasional
Machochi		Machochi
Religión	Dirección	
Crist. J. Melic y Benitez		
Referencia familiar	Teléfono	
	0987049807	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de cabeza

**B ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Ninguna
Niñez	Ninguna
Adolescencia	Ninguna
Adulto Joven	Ninguna
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
		3. madre						

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

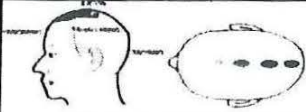
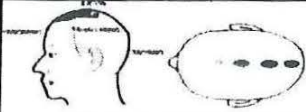
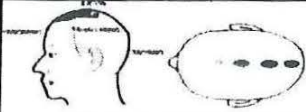
**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo: Hace 2 días.
2. Fecha real de comienzo: Hace 5 días.
3. Intensidad: 6
4. Causa aparente: Parálisis Facial hace 5 días.
5. Sitio del dolor: Todo la cabeza
6. Irradiación: Hacia el cuello
7. Tipo de dolor: Opresivo
8. Síntomas acompañantes: decaimiento
9. Relación con el tipo de alimentos: No
10. Horario: G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad: Cada 2 meses o más
12. Relación con el vómito: No
13. Relación con la orina: No

14. Relación con la Depresión	No
15. Relación con los Antibióticos	No
16. Relación con los tratamientos	No
17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	No
18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	Permanece igual
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	S P A
Dificultad, Cansancio, tos, etc.	
FARINGE	S P A
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	S P A
Carraspeo, etc.	
FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES	S P A
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	S P A
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	S P A
Disfagia, Halirosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	S P A
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLÓGICO	S P A
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELÉTICO	S P A
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLÓGICO	Parálisis facial hace 5 días. (Ho farmacológico y Acupuntura).
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología						
APETITO	Cambios en el apetito	No	Qué sabor prefiere	Salado	✓	Dulce				
	Preferencia por comida	Caliente	✓	Frio		Come rápido	✓	Come lento		
SED	Tiene sed		Cuanta agua toma al día	poco 3 vasos	A qué hora					
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	No	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.				
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	Normales		
SUEÑO	Horas de sueño	S	Calidad	no buena	Insomnio	✓	A qué hora		Pesadillas	
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar		Hora		Color		Olor			
	Cantidad	S.P.	Chorro		Goteo		Ardor			
MEMORIA	T	M	X	A	Tabaquismo		Alcoholismo		Drogas	

<b>7. INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>												<b>CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"</b>											
MADERA				TIERRA				METAL				AGUA											
ira	X	insatisfacción		ideas obsesivas		tristeza		miedo	X														
frustración	X	euforia		rumiación de ideas	X	melancolía		falta de voluntad															
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío		memoria pobre															
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga		Insuficiencia Inmunitaria															
cefalea temporal-vertex		intranquilidad		cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital	X														
metrorragia		insomnio	X	edema		tos		trastornos congénitos															
ojo rojo seco	X	dolor precordial		distensión abdominal		estreñimiento		disuria cistitis															
debilidad muscular		ahogo		obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura															
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia		infertilidad frigidez															
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis		litiasis															
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito		dolor ardor de garganta		neuritis															
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigástrico		voz débil		dolor óseo															

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro																								
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso plodermítis		calor en cinco centros																								
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>																																
<b>SIGNOS VITALES</b>																																
Presión arterial	110	80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	59	Talla	1.63	I.M.C.	22																				
<b>CABEZA</b>																																
<p>Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Marcar Zona Afectada</th> <th colspan="4">Inspección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">  </td> <td>1. Manchas</td> <td>S.P.</td> <td>A La Luz</td> <td>S.P.</td> </tr> <tr> <td>2. Cicatrices</td> <td>S.P.</td> <td>Consensuado</td> <td>S.P.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Palpación</td> <td>Acomodación</td> <td>S.P.</td> </tr> <tr> <td>3. Puntos dolorosos</td> <td>DI 20</td> <td>Convergencia</td> <td>S.P.</td> </tr> </tbody> </table>										Marcar Zona Afectada		Inspección					1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.	2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.	Palpación		Acomodación	S.P.	3. Puntos dolorosos	DI 20	Convergencia	S.P.
Marcar Zona Afectada		Inspección																														
	1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.																												
	2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.																												
	Palpación		Acomodación	S.P.																												
	3. Puntos dolorosos	DI 20	Convergencia	S.P.																												



CTT - 021		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
Crónica													
3.- La Duración es :													
Episódica		X											
Crónica													
4.- Tipo de dolor:													
Opresivo		X											
Pulsátil													
5.- Factores desencadenantes													
Estrés laboral													
Estrés familiar		X											
Alimentos													
Sin causa aparente													
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
Ningún dolor		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho		X											
Completamente satisfecho													
Insatisfecho													
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
Hizo que el dolor mejore algo													
Hizo que el dolor mejore mucho		X											
No hubo cambios													

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <i>Machachi</i>	FECHA: <i>3/07/19</i>

Yo, *Jimena Altamirano* con C.I. ....; domiciliado en *Calle Rafael Urbina*; de la ciudad de *Machachi*; en calidad de paciente.  o como representante ..... Del paciente *Jimena Altamirano*; autorizo a *Digitopresión* para la realización del procedimiento *Digitopresión*.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE *Jimena Altamirano*

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD *Amparo Jimena Altamirano*

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD *Amparo Jimena Altamirano*

C. IDENTIDAD *191000652-7*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
 I.S.T.E.  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

**CTT-022**

<b>1. DATOS DE FILIACIÓN</b>		Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
3/02/19											
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión			
GU	M	Mesti	S	C	A	D	V	U.L.	Secunda		
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual					
		Meribachi		3/01/59		Meribachi					
Residencia Ocasional			Religión	Dirección				Teléfono			
			Catol.					0961140544			
Referencia familiar							Teléfono				

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de cabeza

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguna		
Niñez	7 años. Caída. Fractura de fémur izquierda. Cirugía (placas-tornillos).		
Adolescencia	Ninguna		
Adulto Joven			
Adulto Mayor	Menopausia desde 2 años. A los 54 años Levotirox 25mcg A los 54 años. nódulo en el dedo mano izquierda, ahora aparece la muñeca. Vista Reumatología.		

**4 GINECOLOGÍA**

Menarquia	15 años	FUM		G	I	P	I	A	-	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	5 años	Características del periodo menstrual		A los 48-50 años. Síntom. Menopausia. Tristeza. ansiedad cambio carácter.										

**5 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO

**6 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 1 día.
2. Fecha real de comienzo	Hace 2 años
3. Intensidad	5
4. Causa aparente	Preocupaciones
5. Sitio del dolor	Occipital.
6. Irradiación	hacia cuello.
7. Tipo de dolor	explosivo.
8. Síntomas acompañantes	decaimiento
9. Relación con el tipo de alimentos	Ninguna
10. Horario	G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	infrecuente
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14 Relación con la deposición no

15 Relación con las decubitos no

16 Relación con los tratamientos no

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? no

18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor? Igual

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** S.P.A.  
Disnea, Cianosis, tos, etc

**FRINGE** S.P.A.  
Ardor, Odinofagia, etc

**LARINGE** S.P.A.  
Carraspeo, etc

**FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES** S.P.A.  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A.  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Gastritis, controlada.  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc

**URINARIO** S.P.A.

**GENITALES FEMENINO** S.P.A.  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** ga  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

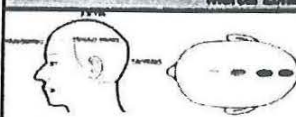
**MUSCULOESQUELÉTICO** Ruedillas. Glucosamina + Condroitin Sulfato. (sobres).  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLÓGICO** S.P.A.  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marquer (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere		Salado	X	Dulce
	Preferencia por comida	Caliente	X	Frio	Come rápido			Come lento
<b>SED</b>	Tiene sed	Si		Cuanta agua toma al día	S-G u vasos		A qué hora	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	M-J - Urcines		Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposition	2- / día.		Cantidad	S.O		Color	S.P.
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	6-8		Calidad	buena		Insomnio	No
	A qué hora	No		Pesadillas	No			
<b>MICIÓN</b>	Se levanta por la noche a orinar	No		Hora	S.P.		Color	S.P.
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.
<b>MEMORIA</b>	T	X		M	A		Tabaquismo	—
	Alcoholismo	—		Drogas	—			

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolla	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	obesidad delgadez	esputo	calvide prematura
espasmo muscular	ageusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	ardor epigastro	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovano test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	59	Talla	1.60	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>											
Marcar Zona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
					2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
					Palpación		Acomodación	S.P			
3. Puntos dolorosos	S.P	Convergencia	S.P								



CTT - 022		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica	X											
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral												
	Estrés familiar	X											
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	(2)	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X											
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho	X											
	No hubo cambios												

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR:	FECHA:

Yo, \_\_\_\_\_, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_ Quito \_\_\_\_\_; de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de paciente...o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano A \_\_\_\_\_; autorizo a \_\_\_\_\_, con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; para la realización del procedimiento \_\_\_\_\_

SI... NO.... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI... NO.... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI... NO.... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI... NO.... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI... NO.... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI... NO.... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI... NO.... he leído este documento en su totalidad y SI... NO.... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI... NO.... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYF No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos	Nombres
4/07/19		
Edad	Sexo	Raza
38	M	Mestizo
Estado Civil		Instrucción
D		Superior
Profesión		Maestría
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento
Colectivo	Quito	20/08/80
Residencia Ocasional	Religión	Dirección
	Catól.	0984154472
Referencia familiar	Teléfono	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Cefalea tensional.

**B ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	No
Niñez	No
Adolescencia	No
Adulto Joven	A los 28 Hipotir (7to Levotiro 150 mg) 9 años + 3.11
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	13	FUM	3/07/	G	V	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual											

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
3. mamá.								

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hacia 4/07
2. Fecha real de comienzo	Hace 3 semanas
3. Intensidad	9
4. Causa aparente	Estres-Familiar
5. Sitio del dolor	A los 2 lados parietal
6. Irradiación	Al cuello, espalda.
7. Tipo de dolor	Explosivo.
8. Síntomas acompañante	deprimido.
9. Relación con el tipo de alimentos	
10. Horario	G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	intermitente
12. Relación con el vómito	No
13. Relación con la orina	No

14. Relación con la deposición	N <sub>3</sub>
15. Relación con las decubitos	N <sub>3</sub>
16. Relación con los tratamientos	N <sub>3</sub>
17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	no
18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	Igual
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
<b>RESPIRATORIO</b>	S.P.A.
Disnea, Cianosis, tos, etc	
<b>FARINGE</b>	S.P.A.
Ardor, Odinofagia, etc	
<b>LARINGE</b>	S.P.A.
Carraspeo, etc	
<b>FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES</b>	S.P.A.
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
<b>CIRCULATORIO</b>	S.P.A.
Palpitaciones, Edema, etc	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	S.P.A.
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc	
<b>URINARIO</b>	S.P.A.
<b>GENITALES FEMENINO</b>	S.P.A.
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
<b>ENDOCRINOLOGICO</b>	Hepatitis con Hto (controlado).
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	Crujido y dolor. 2 rodillas
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
<b>NEUROLOGICO</b>	S.P.A.
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

<b>6 HABITOS</b>		Marca: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere		Salado		Dulce		X
	Preferencia por comida	Caliente	X	Frio	Come rápido		Come Lento		X	
<b>SED</b>	Tiene sed	S.P.		Cuanta agua toma al día		S.P.		A qué hora		S.P.
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	-		Suda		S.P.		Se cansa fácilmente		S.P.
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida		S.P.		Empeora con la comida		S.P.
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposición	S.P.		Cantidad		S.P.		Color		S.P.
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	6		Calidad		no buena		Insomnio		X
	Se levanta por la noche a orinar	No		Hora		S.P.		Color		S.P.
<b>MOCION</b>	Cantidad	S.P.		Chorro		S.P.		Goteo		S.P.
		A		K		Tabaquismo		Alcoholismo		Drogas

<b>7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>				<b>CP - CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCA X</b>			
<b>MADERA</b>		<b>TIERRA</b>		<b>METAL</b>		<b>AGUA</b>	
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	X	miedo		
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía	X	falta de voluntad		
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío		memoria pobre		
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga	X	insuficiencia Inmunitaria		
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	X	obstrucción nasal	cefalea occipital	X	
metrorragia	insomnio	edema		tos	trastornos congénitos		
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal		estreñimiento	disuria cistitis		
debilidad muscular	X	ahogo	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura		
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia		infertilidad frigidez		
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis		litiasis		
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta		neuritis		
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	voz débil		dolor óseo		

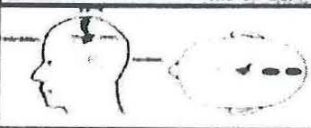
mariposa	suor palmas	restos alimentarios en heces	psoriasis hiperhidrosis	envejecimiento prematuro
nódulo mama ovario test	logorrea	secreción vaginal blanca	absceso piodermitis	calor en cinco centros

**B. EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	59	Talla	1.66	I.M.C.	21
------------------	--------	-------	----	-------------	----	----------	----	-------	------	--------	----

**CABEZA** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

	Inspección		
	1. Manchas	S.O	A La Luz
2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.O
Palpación		Acomodación	S.P
3. Puntos dolorosos	D. 20	Convergencia	S.P.

AJ.PM

HOJA DE EVOLUCION

AJPM

HCL: CTT-023

FECHA		
4/02/2019	Paciente recibe atención psicológica, presenta cefalea bilateral parietal con intensidad	
	de 9. Luego del tratamiento en puntos de digito presión paciente se duerme, y despues indica estar bien, más relajado	
	y el dolor desaparece. Intensidad 0.	

CTT-023

**ENCUESTA**

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    **9**    10    El peor dolor imaginable

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Crónica	<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor    **0**    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    El peor dolor imaginable

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 12/07/19

Yo, Machachi - Barrio Los Alamos, con C.I. Machachi; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente Yo como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a Jimena Altamirano, con profesión o especialidad Digitopresión; para la realización del procedimiento Digitopresión.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos				Nombres					
12/07/19										
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
26	M	Mestiza	S	C	X	D	V	U.I.	Superior	Aux. Enfer.
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Aux. Farmacia		Quito		1/09/92		Machachi				
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono				
		Cristian	Los Alamos			0969014512				
Referencia familiar							Teléfono			

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Dolor de cabeza

**B ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguna
Niñez	Ninguna
Adolescencia	A los 14 años hemorragia (Hofamestaxol). A los 17 (2 veces hemorragias). - Endometriosis en ese entonces, Quilicé Poliquístico. A los 17 años inicia la menstruación irregular. - Menstruaciones irregulares.
Adulto Joven	A los 26 años logada.
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	12 años	FUM	20/06	G	2	P	A	2	C	HV	HM	PF	CICLOS	irregulares.
Menopausia	Características del periodo menstrual		7 días. (sin coágulos).											

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
		3. Podría	4. Displasia (Cáncer ovario)					

Nota: Muerte con Ho por el 2º embarazo.  
 Muerte 1º embarazo (a los 4 meses por el niño).

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo
2. Fecha real de comienzo: 12/07/19
3. Intensidad: 3
4. Causa aparente: Dolor mal (poco tartaricosis)
5. Sitio del dolor: frontal
6. Irradiación: occipital
7. Tipo de dolor: opresivo
8. Síntomas acompañantes: dolor cuello
9. Relación con la ingesta de alimentos: No
10. Horario: G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad: raro
12. Relación con el vómito: No
13. Relación con la orina: No

14 Reacción con la depuración **No**

15 Reacción con los diuréticos **No**

16 Reacción con los tratamientos **No**

17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?

18 Actualmente cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** *Rinitis Alérgica hace 3 meses. Causas =*

Dysnea, Cianosis, Tos, etc.

**FARINGE** **S P A**

Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** **S P A**

Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** **S P A.**

Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S P A**

Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** *Gastritis (con refluxo) come y pesa.*

Dyslagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S P A.**

**GENITALES FEMENINO** *Dolor en la parte baja. Aumenta cuando hay agitación - intrama.*

Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** *Síndrome Poliquístico.*

Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** **S P A**

Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLOGICO** **S P A**

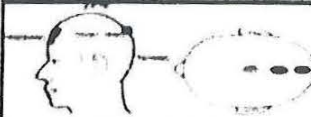
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	Qué sabor prefiere		Salado	Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	<input checked="" type="checkbox"/>
SED	Tiene sed	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuanta agua toma al día	6-8 vasos	A qué hora	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	Suda		Se cansa fácilmente	Si	
	Cansancio durante el día	Mejora con la comida		Si	Empeora con la comida	
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	1-2/días	Cantidad	Color	Características	<input checked="" type="checkbox"/>
SUEÑO	Horas de sueño	Calidad	buena	Insomnio	A qué hora	Pesadillas
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	Hora	Color	Olor		
	Cantidad	Chorro	Goteo	Ardor		
MEMORIA	T	M	A	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR 'X'

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal
metrorragia	insomnio	edema	tos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigástrico	voz débil

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	58	Talla	1.58	I.M.C.	23.3
<b>CABEZA</b>											
Marcar Zona Afectada					Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología						
					Inspección						
					1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
					2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.O			
					Palpación		Acomodación	S.P			
3. Puntos dolorosos	Du 20	Convergencia	S.P								



CTT-024

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	
	Infrecuente	X
Crónica		

3.- La Duración es :

Episódica	X
-----------	---

Crónica	
---------	--

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	X
----------	---

Pulsátil	
----------	--

5.- Factores

desencadenantes

Estrés laboral	
----------------	--

Estrés familiar	X
-----------------	---

Alimentos	
-----------	--

Sin causa aparente	
--------------------	--

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	
----------------	--

Completamente	
---------------	--

satisfecho	X
------------	---

Insatisfecho	
--------------	--

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	
-------------------------------	--

Hizo que el dolor mejore mucho	X
--------------------------------	---

No hubo cambios	
-----------------	--

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR:	FECHA:

Yo, ..... con C.I. ....; domiciliado en ..... de la ciudad de .....; en calidad de paciente.....o como representante ..... Del paciente ..... autorizo a ..... con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento .....

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO.....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO.....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO.....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO.....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO.....he leído este documento en su totalidad y SI  NO.....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE 

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano Arguero

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
12/09/19						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
33	M	Mestiza	S D C D V U.L.		Superior	Médico
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Médico	Quito		23/09/85	Amagosa		
Residencia Ocasional	Religión	Dirección			Teléfono	
Referencia familiar				Teléfono		

**2 MOTIVO DE CONSULTA**  
 Cefalea tensional - Dolor cervical

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	NO
Niñez	NO
Adolescencia	NO
Adulto Joven	Fractura a los 19 años. Esguince hombro derecho. Meniscos 2 rodillas. Fractura 4to falange mano derecha. Fisura del radio mano derecha.
Adulto Mayor	

**AGD**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
	2. Papá	3. Papá	4. Tía (padre)					

**4 - ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

- Fecha aparente de comienzo: Hace 1 mes
- Fecha real de comienzo: Hace 3 mes
- Intensidad: 7
- Causa aparente: postura, sentado, teléfono, compu.
- Sitio del dolor: Cerebro
- Irrradiación: cuello
- Tipo de dolor: Opresivo
- Síntomas acompañantes: cefalea
- Relación con el tipo de alimentos: —
- Horario: 18h / noche / día C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
- Periodicidad: todos los días
- Relación con el vómito: —
- Relación con la orina: —

14 Relación con la deposición —  
 15 Relación con los decubitos —  
 16 Relación con los tratamientos No ha seguido con tratamientos  
 17 En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?  
 18 Actualmente, cómo se encuentra el dolor?

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**  
 TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** S.P.A.  
 Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** S.P.A.  
 Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** S.P.A.  
 Carraspeo, etc.

**FOVAS NASALES Y SENOS PARANASALES** S.P.A.  
 Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A.  
 Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Sintomatología sin síntomas clínicos  
 Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A.

**GENITALES FEMENINO**  
 Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** S.P.A.  
 Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Numbos de noche, dolor cervical y de iscel.  
 Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLOGICO** S.P.A.  
 Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	Sí (+ noche)	Qué sabor prefiere	Salado <u>12</u>	Dulce
	Preferencia por comida	Caliente	Frio <u>tibia</u>	Come rápido	Come Lento <input checked="" type="checkbox"/>
SED	Tiene sed	Sí	Cuanta agua toma al día	<u>2 lts</u>	A qué hora
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	Sí	Suda	Sí	Se cansa fácilmente
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	—	Empeora con la comida
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color
SUEÑO	Horas de sueño	<u>3.15</u>	Calidad	<u>no es buena</u>	Insomnio
	Se levanta por la noche a orinar	—	Color	—	Olor
INCCION	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo
	—	—	—	—	Ardor
MEMORIA	T <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	—	—	—	—

**7 INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA; MARCAR X

MADERA	TIERRA	METAL	AGUA
ira	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	obesidad/delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	agueusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio	ardor epigástrico	voz débil	dolor óseo

mastalgia		sudor palmas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
nódulo mama ovario test		logorrea		secreción vaginal blanca		absceso piodermatitis		calor en cinco centros				
<b>8. EXAMEN FÍSICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	120	80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	80	Talla	1.80	I.M.C.	24.7
<b>CABEZA</b>												
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología												
<b>Marcar Zona Afectada</b>						<b>Inspección</b>						
						1. Manchas	S.P	A La Luz	S.P			
						2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
						<b>Palpación</b>		<b>Acomodación</b>				
						3. Puntos dolorosos	10/20	Convergencia	S.P			



CTT-025		<b>ENCUESTA</b>											
<b>1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
<b>2.- El número de crisis es:</b>													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
<b>3.- La Duración es :</b>													
	Episódica	X											
	Crónica												
<b>4.- Tipo de dolor:</b>													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
<b>5.- Factores desencadenantes</b>													
	Estrés laboral	X											
	Estrés familiar												
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
<b>6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.</b>													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
<b>7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.</b>													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X											
	Insatisfecho												
<b>8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.</b>													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho	X											
	No hubo cambios												

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: Machachi	FECHA: 6/07/19

Yo, JE. DE IGARDO, con Identificación, domiciliado en Machachi; de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente.....o como representante del Del paciente Jorge FERRAN; autorizo a J. Jimena Altamirano; con profesión o especialidad de enfermería; para la realización del procedimiento .....

SI  NO..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO.....he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO.....comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO.....comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO.....reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO.....he leído este documento en su totalidad y SI.....NO.....estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE [Firma]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE JORGE FERRAN

C.IDENTIDAD 17006525

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 17100652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MEDICA**

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN									
Fecha de Ingreso	Apellidos				Nombres				
6/07/19									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
19	M	X	S	X	C	D	V	U.L.	Superior
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
estudiante		Ibano		17/09/99		Mochochi			
Residencia Ocasional		Religión	Dirección				Teléfono		
Ibano		C	Calle 1 de Agosto Mochochi						
Referencia familiar	Padr. Jorge Pizarro					Teléfono			

**II MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de cabeza

**III ANTECEDENTES PERSONALES**      **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguno
Niñez	Deficit de Atención desde jardín de infantes. Agujo curricular
Adolescencia	Deficit de atención Agujo curricular.
Adulto Joven	Se mantiene deficit de atención en la Universidad.
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**IV ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
			Abuelo paderno, HTA					

**V ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 1 día
2. Fecha real de comienzo	Hace 1 mes
3. Intensidad	6
4. Causa aparente	es más familiar.
5. Sitio del dolor	frente.
6. Irradiación	hacia atrás
7. Tipo de dolor	opresivo.
8. Síntomas acompañantes	decaimiento.
9. Relación con el uso de alimentos	no
10. Horario	G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	intermitente.
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14. Relación con la deposición no

15. Relación con los decúbitos no

16. Relación con los tratamientos no

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? no

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? igual

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** Respirados seguidos.  
Dysnea Cianosis, tos, etc.

**FARINGE**  
Ardor Odinofagia, etc.

**LARINGE**  
Carraespas, etc.

**POSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** Rinitis.  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A.  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** Gastritis.  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A.

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** S.P.A.  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** S.P.A.  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

**NEUROLÓGICO** S.P.A.  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito		Ninguno		Que sabor prefiere		Salado	Dulce
	Preferencia por comida		Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento	
SED	Tiene sed	<u>Si</u>	Cuanta agua toma al día		A qué hora			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	<u>Si</u>	Suda	<u>S.P.</u>	Se cansa fácilmente	<u>S.P.</u>		
	Cansancio durante el día	<u>S.P.</u>	Mejora con la comida	<u>S.P.</u>	Empeora con la comida	<u>S.P.</u>		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	<u>S.P.</u>	Cantidad	<u>S.P.</u>	Color	<u>S.P.</u>	Características	<u>S.P.</u>
SUEÑO	Horas de sueño	<u>S.P.</u>	Calidad	<u>S.P.</u>	Insomnio	<u>X veces</u>	A qué hora	<u>S.P.</u>
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar		<u>S.P.</u>	Hora	<u>S.P.</u>	Color	<u>S.P.</u>	Olor
	Cantidad	<u>S.P.</u>	Chorro	<u>S.P.</u>	Goteo	<u>S.P.</u>	Ardor	<u>S.P.</u>
MEMORIA	T	M	A	<u>X</u>	Tabaquismo	-	Alcoholismo	-

**INTERROGATORIO CINCO ELEMENTOS** (C.P.) CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA - MARCAR "X"

MADERA		TIERRA	METAL	AGUA
ira	insatisfacción	ideas obsesivas	tristeza	miedo
frustración	euforia	rumiación de ideas	melancolía	falta de voluntad
pesadilla	alucinaciones	cansancio	escalofrío	memoria pobre
tendinitis	palpitaciones	anemia	fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	cefalea frontal pesadez	obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia	insomnio	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco	dolor precordial	distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	ahogo	obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular	presentimiento	ageusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos	olvido fácil	hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito	úlceras en boca	nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neunitis
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo	ardor epigastro	voz débil	dolor óseo





CTT - 026

## ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica		<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

Crónica	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores

desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input checked="" type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>12/07/19</u>

Yo, Jimena Altamirano, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en Hacienda La Rosita, Machachi, El Choupi; de la ciudad de Machachi, El Choupi; en calidad de paciente  o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano con profesión o especialidad \_\_\_\_\_; autorizo a \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento Digitopresión.....

SI  NO  he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI  NO  he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI  NO  comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI  NO  comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI  NO  reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI  NO  doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Césave

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C.IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENLSCYT No. 17-061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FIANCIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos	Nombres
12/07/19		
Edad	Sexo	Raza
50	M	Mestizo
Estado Civil		Instrucción
S C X D V U L		Secundaria
Ocupación	Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento
Agricultor	Machachi	16/11/1961
Residencia Ocasional	Religión	Dirección
Sangolquí	Catol	Heda. San Ramón de Champi
Referencia familiar	Teléfono	
	0997600189	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Parente cefálea dolor de cabeza.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES** **DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguno
Niñez	Ninguno
Adolescencia	A los 17 años empecé a utilizar lentes hasta la fecha actual.
Adulto Joven	Accidente en el caballo, hemorragia interna - golpe abdominal. Cirugía se. europea. Lumbalgia.
Adulto Mayor	

**4 G**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**5 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo: Hace 2 años
2. Fecha real de comienzo: Hace 5 años.
3. Intensidad: 6
4. Causa aparente: estrés laboral
5. Sitio del dolor: Frontal
6. Irradiación: Hacia occipital.
7. Tipo de dolor: Explosivo
8. Síntomas acompañantes: ninguno
9. Relación con tipo de alimentos: ninguno
10. Horario: G/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad: intermitente
12. Relación con el vómito: no
13. Relación con la orina: no

14. Relación con la deposición  No

15. Relación con las deposiciones  No

16. Relación con los tratamientos  No

17. En la hora (o días) que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?  No

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? igual

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS

**RESPIRATORIO** Ninguna  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** S.P.A  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** S.P.A  
Carraqueo, etc.

**FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES** S.P.A  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** S.P.A  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** S.P.A  
Disfagia, Hilitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** S.P.A

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLOGICO** S.P.A  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELETICO** Lumbalgia  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.

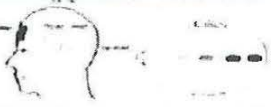
**NEUROLOGICO** S.P.A  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

APETITO	Cambios en el apetito	S.P.	Qué sabor prefiere	Salado	S.P.	Dulce				
	Preferencia por comida	Caliente	✓	Frio						
SED	Tiene sed	S.P.	Cuanta agua toma al día	S.P.	A qué hora	S.P.				
	Qué actividad realiza	S.	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	No				
ACTIVIDAD FÍSICA	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.				
	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.	Calidad	S.P.	Insomnio	No	A qué hora		Pesadillas	No
	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.		
MICOON	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.		
	MEMORIA	T	M	X	A	Tabaquismo	S.	Alcoholismo	No	Drogas

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP= CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR X

MADERA		TIERRA	METAL	AGUA		
ira	X	insatisfacción	ideas obsesivas	X	tristeza	miedo
frustración		euforia	rumiación de ideas		melancolía	falta de voluntad
pesadilla		alucinaciones	cansancio		escalofrío	memoria pobre
tendinitis		palpitaciones	anemia		fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex		intranquilidad	cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia		insomnio	X	edema	tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal	estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular	X	ahogo		obesidad delgadez	esputo	calvicie prematura
espasmo muscular		presentimiento		agueusia	anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias	rinitis sinusitis	litiasis
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito	dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigástrico	voz débil	dolor óseo

exantema		eritema palmar		restos Alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro				
eritema anular en pliegues		linguista		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		color en cinco centros				
<b>B. EXAMEN FISICO</b>												
<b>SIGNOS VITALES</b>												
Presión arterial	110	80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	97	Talla	1.78	I.M.C.	27
<b>CABEZA</b>												
<b>Marcar Zona Afectada</b>						<b>Inspección</b>						
						1. Manchas	S.P	A la Luz	S.P			
						2. Cicatrices	S.P	Consensuado	S.P			
						<b>Palpación</b>		Acomodación		S.P		
						3. Puntos dolorosos	0 de 20	Convergencia		S.P		



CTT - 027		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente	X											
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica	X											
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo	X											
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral	X											
	Estrés familiar												
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X											
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho	X											
	No hubo cambios												

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																			
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres												
15/07/19																			
Edad	Sexo	Raza			Estado Civil			Instrucción	Profesión										
42	M	F	X	Mestizo	S	C	D	V	U.I.	Superior	Ing. Sistema								
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual											
Consultor		Quito			3/01/73			Machachi											
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono										
Quito			Cristian		Ald. Amazonas				0979034249										
Referencia familiar								Teléfono											
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Cefalea tensional.																			
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia																			
Ninguna																			
Niñez																			
Hepatitis Fiebre Tifoidea.																			
Adolescencia																			
Ninguna																			
Adulto Joven																			
Se cura a los 26 años, sigue 40 para embarazo, sin resultados. A los 40 años tiene cirugía por divertículo colon ascendente. Cirugía de emergencia Anastomosis. 3 episodios pulmonares por transgresión alimenticia.																			
Adulto Mayor																			
4. AGO																			
Menarquia	(2 años)	FUM	3/07	G	—	P	—	A	—	C	—	HV	—	HM	—	PF		CICLOS	normal
Menopausia	Características del periodo menstrual			Nombres.															
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO											
		Madre.	Tio																
6. ENFERMEDAD ACTUAL																			

ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR												
1. Fecha aparente de comienzo												
Hace 2 días.												
2. Fecha real de comienzo												
Hace 1 año												
3. Intensidad												
5												
4. Causa aparente												
Estrés laboral.												
5. Sitio del dolor												
Occipital.												
6. Irradiación												
hacia el cuello												
7. Tipo de dolor												
opresivo												
8. Síntomas acompañantes												
debilidad												
9. Relación con el consumo de alimentos												
no												
10. Horario												
IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/												
11. Periodicidad												
infrecuente												
12. Relación con el vómito												
no												
13. Relación con la orina												
no												

14	Relación con la deposición	no
15	Relación con las decubitos	no
16	Relación con los tratamientos	no
17	En la historia de así que siguieron al inicio cambió la forma de ser del dolor?	no
18	Actualmente cómo se encuentra el dolor?	Igual
<b>B REVISIÓN DE SISTEMAS</b>		
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS		
<b>RESPIRATORIO</b>	S. P. A.	
Disnea, Cianosis, tos, etc.		
<b>FARINGE</b>	S. P. A.	
Ardor, Odinofagia, etc.		
<b>LARINGE</b>	S. P. A.	
Carraspeo, etc.		
<b>FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES</b>	S. P. A.	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.		
<b>CIRCULATORIO</b>	S. P. A.	
Palpitaciones, Edema, etc.		
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Dispepsia, distensión abdominal	
Disfagia, Hilitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.		
<b>URINARIO</b>	S. P. A.	
<b>GENITALES FEMENINO</b>	Irritación	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.		
<b>ENDOCRINOLOGICO</b>	S. P. A.	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.		
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	Dob. leve en articulaciones - rodillas	
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.		
<b>NEUROLOGICO</b>	S. P. A.	
Temblores, Sueño, Tics, etc.		

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología						
<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No	Qué sabor prefiere	Salado		Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido		Come Lento						
<b>SED</b>	Tiene sed	Si	Cuanta agua toma al día	4-5	A qué hora							
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	caminata	Suda	Si	Se cansa fácilmente	Si						
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	Si	Empeora con la comida							
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposition	1/vez	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.				
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	5-6	Calidad	buna	Insomnio	S.P.	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.		
<b>MICCIÓN</b>	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.				
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.				
<b>MEMORIA</b>	T	<input checked="" type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>

<b>7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>											
<b>MADERA</b>			<b>TIERRA</b>			<b>METAL</b>			<b>AGUA</b>		
ira	insatisfacción		ideas obsesivas	<input checked="" type="checkbox"/>	tristeza		miedo				
frustración	euforia		rumiación de ideas	<input checked="" type="checkbox"/>	melancolía		falta de voluntad				
pesadilla	alucinaciones		cansancio	<input checked="" type="checkbox"/>	escalofrío		memoria pobre				
tendinitis	palpitaciones		anemia		fatiga		insuficiencia inmunitaria				
cefalea temporal-vertex	intranquilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital	<input checked="" type="checkbox"/>			
metrorragia	insomnio		edema		tos		trastornos congénitos				
ojo rojo seco	dolor precordial		distensión abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>	estreñimiento		disuria cistitis				
debilidad muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	ahogo	obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura				
espasmo muscular	presentimiento		ageusia		anosmia		infertilidad frigidez				
vértigo acufenos	olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis		litiasis				
eczema prurito	úlceras en boca		nauseas o vómito	<input checked="" type="checkbox"/>	dolor ardor de garganta		neuritis				
dolor en hipocondrio	dolor tórax hacia brazo		ardor epigastrio	<input checked="" type="checkbox"/>	voz débil		dolor óseo				

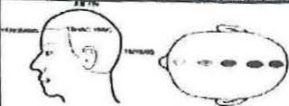
mastalgia	sudor palmas	restos alimentarios en heces	psoriasis hiperhidrosis	envejecimiento prematuro
nódulo mama ovario test	logorrea	secreción vaginal blanca	absceso piodermitis	calor en cinco centros

**B. EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirat	20	Peso/kg.	59	Talla	1.58	I.M.C.	23.7
------------------	--------	-------	----	-------------	----	----------	----	-------	------	--------	------

**CABEZA** Marqué: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

Marcar Zona Afectada	Inspección			
	1. Manchas	S. Ø	A La Luz	S. Ø
	2. Cicatrices	S. Ø	Consensuado	S. Ø
	Palpación		Acomodación	S. Ø
	3. Puntos dolorosos	D. 20	Convergencia	S. Ø



CTT - 028		ENCUESTA	
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.			
Ningún dolor		0	1 2 3 4 (5) 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:			
Episódica	Frecuente		
	Infrecuente	X	
	Crónica		
3.- La Duración es :			
	Episódica	X	
	Crónica		
4.- Tipo de dolor:			
	Opresivo	X	
	Pulsátil		
5.- Factores desencadenantes			
	Estrés laboral	X	
	Estrés familiar		
	Alimentos		
	Sin causa aparente		
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.			
Ningún dolor		0 (1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.			
Muy satisfecho	Completamente satisfecho	X	
	Insatisfecho		
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.			
Hizo que el dolor mejore algo			
Hizo que el dolor mejore mucho		X	
No hubo cambios			

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <i>Machachi</i>	FECHA: <i>9/09/19</i>

Yo, *Jimena Altamirano*, con C.I. ....; domiciliado en *Av. Pablo Guandares entrada Tayacachi*; de la ciudad de *Machachi*; en calidad de paciente.  como representante ..... Del paciente *Jimena Altamirano*; autorizo a *Jimena Altamirano*, con profesión o especialidad *Dieta*; para la realización del procedimiento *Dieta*.

SI.  NO. .... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI.  NO. .... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI.  NO. .... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI.  NO. .... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI.  NO. .... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI.  NO. .... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI.  NO. .... he leído este documento en su totalidad y SI. .... NO. .... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI. .... NO. .... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE *Jimena Altamirano*

NOMBRE DEL PACIENTE *Jimena Altamirano*

C. IDENTIDAD .....

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE .....

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE .....

C. IDENTIDAD .....

RELACION CON EL PACIENTE .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD *Amparo Jimena Altamirano*

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD *Amparo Jimena Altamirano*

C. IDENTIDAD *171200 652-7*

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

**FICHA MEDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
9/04/19						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
35	M	Mestizo	S C A D V U.L		Superior	Ingeniería
Ocupación		Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento		Residencia habitual	
Asesor Técnico		Quito	15/03/75		Machachi	
Residencia Ocasional		Religión	Dirección		Teléfono	
Machachi			Av. Pablo Guadalupe		0984098174	
Referencia familiar					Teléfono	

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente refiere dolor de cabeza.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES**

**DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguno
Niñez	Ninguno
Adolescencia	Ninguno
Adulto Joven	Ninguno
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
----------------	-------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------	---------

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 1 día
2. Fecha real de comienzo	Hace 1 año
3. Intensidad	6
4. Causa aparente	Problemas familiares
5. Sitio del dolor	bilateral
6. Irradiación	hacia la nuca.
7. Tipo de dolor	opresivo
8. Síntomas acompañantes	de caimiento
9. Relación con el consumo de alimentos	no
10. Horario	IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	frecuente
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14. Relación con la deposición **no**

15. Relación con las deposiciones **no**

16. Relación con los tratamientos **no**

17. En la hora lo días que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor? **no**

18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor? **igual**

**5 REVISIÓN DE SISTEMAS**

**TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS**

**RESPIRATORIO** **S.P.A**  
Disnea, Cianosis, tos, etc.

**FARINGE** **S.P.A**  
Ardor, Odinofagia, etc.

**LARINGE** **S.P.A**  
Carraspeo, etc.

**FOSAS NASALES Y SEMOS PARANASALES** **S.P.A**  
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.

**CIRCULATORIO** **S.P.A**  
Palpitaciones, Edema, etc.

**GASTROINTESTINAL** **Gastritis**  
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.

**URINARIO** **S.P.A**

**GENITALES FEMENINO**  
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.

**ENDOCRINOLÓGICO** **S.P.A**  
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.

**MUSCULOESQUELÉTICO** **S.P.A.**  
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.


**NEUROLÓGICO** **Insomnio**  
Temblores, Sueño, Tics, etc.

**6 HABITOS** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito		No		Que sabor prefiere		Salado	✓	Dulce	
	Preferencia por comida		Caliente	✓	Frio	Come rápido	✓	Come Lento		
<b>SED</b>	Tiene sed	S.P.	Cuanta agua toma al día		9000	A qué hora				
	Qué actividad realiza	Caminata	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente		S.P.			
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Cansancio durante el día		S.P.	Mejora con la comida		S.P.	Empeora con la comida		S.P.	
	Frecuencia Deposition		S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características		S.P.
<b>DEPOSICIÓN</b>	Horas de sueño	5-6	Calidad	bien	Insomnio	✓	A qué hora		Pesadillas	
	Se levanta por la noche a orinar		S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.	
<b>MICCIÓN</b>	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.		
	<b>MEMORIA</b>	T	M	✓	A	Tabaquismo	✓	Alcoholismo	social	Drogas

**7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS** CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X"

MADERA		TIERRA		METAL		AGUA	
ira	X	insatisfacción		ideas obsesivas		tristeza	miedo
frustración	X	euforia		rumiación de ideas	X	melancolía	falta de voluntad
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío	memoria pobre
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga	insuficiencia inmunitaria
cefalea temporal-vertex		intranquilidad	X	cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal	cefalea occipital
metrorragia		insomnio	X	edema		tos	trastornos congénitos
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal		estreñimiento	disuria cistitis
debilidad muscular		ahogo		obesidad delgadez		esputo	calvicie prematura
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia	infertilidad frigidez
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis	litis
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito		dolor ardor de garganta	neuritis
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brato		ardor epigastrio	X	voz débil	dolor óseo

eritema	rubor y púrpura	lesión blanquecina en fóvea	petricia hiperhidrosis	envejecimiento prematura							
eritema en escudo	eritema	eritema en escudo blanco	eritema pindarmita	calor en cinco centros							
<b>B. EXAMEN FÍSICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	120/80	Pulso	90	F. Respirat	23	Peso/kg.	72	Talla	1.76	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>					Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología				
<b>Mutar Sono Adictado</b>					<b>Inspección</b>						
					1. Manchas	S	( )	A la Luz	S	( )	
					2. Cicatrices	S	( )	Consensuado	S	( )	
					<b>Palpación</b>		Acomodación		S	( )	
					3. Puntos dolorosos	S	( )	Convergencia	S	( )	

HOJA DE EVOLUCION

JFBV HCL: CTT-029

FECHA		
0/02/19	Paciente refiere dolor de cabeza de intensidad 6, por estrés familiar.	
	Luego del tratamiento con la terapia de digitopresión, mejoró su dolor de cabeza y disminuyó a intensidad 1.	

CTT - 029

ENCUESTA

1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

2.- El número de crisis es:

Episódica	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>
	Infrecuente	<input type="checkbox"/>
Crónica		<input type="checkbox"/>

3.- La Duración es :

Episódica	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

4.- Tipo de dolor:

Opresivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsátil	<input type="checkbox"/>

5.- Factores desencadenantes

Estrés laboral	<input type="checkbox"/>
Estrés familiar	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>
Sin causa aparente	<input type="checkbox"/>

6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.

Muy satisfecho	<input checked="" type="checkbox"/>
Completamente satisfecho	<input type="checkbox"/>
Insatisfecho	<input type="checkbox"/>

8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.

Hizo que el dolor mejore algo	<input type="checkbox"/>
Hizo que el dolor mejore mucho	<input checked="" type="checkbox"/>
No hubo cambios	<input type="checkbox"/>

INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO	CENTRO DE SALUD A MACHACHI. IESS
AMPARO JIMENA ALTAMIRANO ARGUERO	ALUMNA
LUGAR: <u>Machachi</u>	FECHA: <u>10/09/19</u>

Yo, Jimena Altamirano, con C.I. 171000652-7; domiciliado en Machachi de la ciudad de Machachi; en calidad de paciente X o como representante ..... Del paciente Jimena Altamirano; autorizo a ..... con profesión o especialidad ..... para la realización del procedimiento .....

SI X NO ..... he sido informado claramente sobre la digitopresión y acción de los aceites esenciales, que consiste en la presión con los dedos en puntos acupunturales y combinar con el beneficio de los aceites esenciales.

SI X NO ..... he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial los relacionados con procesos de alergia a los aceites esenciales, como son:

1. Enrojecimiento de la piel, granitos, comezón, en el lugar donde se aplica el aceite esencial.

SI X NO ..... he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI X NO ..... comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente.

SI X NO ..... comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100 % los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI X NO ..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI X NO ..... he leído este documento en su totalidad y SI X NO ..... estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI X NO ..... Doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Amparo Jimena Altamirano

C. IDENTIDAD 171000652-7

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCUCLAPIO**  
**I.S.T.E.**  
 Registro SENESCYT No. 17.061  
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales  
**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DE FILIACIÓN**

Fecha de Ingreso	Apellidos				Nombres				
10/07/14									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
32	V	Mestizo	S	C	D	V	U.L.	Iny.	
Ocupación	Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
	Cajito			3/02/87					
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono			
						099 3678220			
Referencia familiar						Teléfono			

**2 MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de cabeza

**3 ANTECEDENTES PERSONALES**

**DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Ninguno
Niñez	Golpes en la cabeza.
Adolescencia	Ninguno en pierna derecha Fractura tibia, escayolada por cuidado de moto. A los 16 años. Herida en el pie izquierdo
Adulto joven	A los 25 años, fractura.
Adulto Mayor	

**AGO**

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

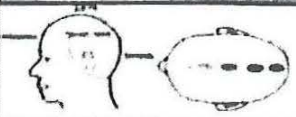
**ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR**

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 1 día
2. Fecha real de comienzo	Hace 1 mes
3. Intensidad	5
4. Causa aparente	Estrés
5. Sitio del dolor	occipital
6. Irradiación	cuello.
7. Tipo de dolor	opresión
8. Síntomas acompañantes	debilidad
9. Relación con el tipo de alimentos	no
10. Horario	IG/ E/ B/ C/ ID/ V/ R/ MC/ TR/ VB/ H/
11. Periodicidad	intermitente
12. Relación con el vómito	no
13. Relación con la orina	no

14. Retraso con la depuración	no
15. Retraso con las purgativas	no
16. Retraso con los tratamientos	no
17. En la hora lo días que siguieron al inicio, cambió la forma de ser del dolor?	no
18. Actualmente, cómo se encuentra el dolor?	igual
<b>5 REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
<b>RESPIRATORIO</b>	S.P.A
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
<b>FARINGE</b>	S.P.A
Ardor, Odinofagia, etc.	
<b>LARINGE</b>	S.P.A
Carraspeo, etc.	
<b>FOJAS NASALES Y SENOS PARAMASALES</b>	Rinitis
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
<b>CIRCULATORIO</b>	S.P.A
Palpitaciones, Edema, etc.	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, estreñimiento, Dolor, etc.	
<b>URINARIO</b>	S.P.A
<b>GENITALES FEMENINO</b>	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
<b>ENDOCRINOLOGICO</b>	S.P.A
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	Rodilla derecha (problemas anteriores)
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
<b>NEUROLOGICO</b>	S.P.A
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

<b>6 HABITOS</b>		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
<b>APETITO</b>	Cambios en el apetito	No		Qué sabor prefiere	Salado	<input checked="" type="checkbox"/>	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Frio	Come rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Come Lento			
<b>SED</b>	Tiene sed	S.P	Cuanta agua toma al día	S.P	A qué hora	S.P				
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Qué actividad realiza	motociclismo		Suda	Si	Se cansa fácilmente	S.P			
	Cansancio durante el día	S.P	Mejora con la comida	S.P	Empeora con la comida	S.P				
<b>DEPOSICIÓN</b>	Frecuencia Deposición	S.P	Cantidad	S.P	Color	S.P	Características	S.P		
<b>SUEÑO</b>	Horas de sueño	6-7	Calidad	S.P	Insomnio	S.P	A qué hora	S.P	Pesadillas	S.P
<b>MICCIÓN</b>	Se levanta por la noche a orinar	S.P	Hora	S.P	Color	S.P	Olor	S.P		
	Cantidad	S.P	Chorro	S.P	Goteo	S.P	Ardor	S.P		
<b>MEMORIA</b>	T	M	A		Tabaquismo		Alcoholismo		Drogas	

<b>7 INTERROGATORIO: CINCO ELEMENTOS</b>				CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X"					
<b>MADERA</b>				<b>TIERRA</b>		<b>METAL</b>		<b>AGUA</b>	
ira		Insatisfacción		Ideas obsesivas		tristeza		miedo	
frustración		euforia		rumiación de ideas	X	melancolla		falta de voluntad	
pesadilla		alucinaciones		cansancio		escalofrío		memoria pobre	
tendinitis		palpitaciones		anemia		fatiga		insuficiencia inmunitaria	
cefalea temporal-vertex		intranquilidad		cefalea frontal pesadez		obstrucción nasal		cefalea occipital	
metrorragia		Insomnio		edema		tos		trastornos congénitos	
ojo rojo seco		dolor precordial		distensión abdominal		estreñimiento		disuria cistitis	
debilidad muscular	X	ahogo		obesidad delgadez		esputo		calvicie prematura	
espasmo muscular		presentimiento		ageusia		anosmia		infertilidad frigidez	
vértigo acufenos		olvido fácil		hernias		rinitis sinusitis	X	litiasis	
eczema prurito		úlceras en boca		nauseas o vómito		dolor ardor de garganta		neuritis	
dolor en hipocondrio		dolor tórax hacia brazo		ardor epigastrio		voz débil		dolor óseo	

melipiglo		seborrueas		restos alimentarios en heces		psoriasis hiperhidrosis		envejecimiento prematuro			
eritema multiforme		legionelas		secreción vaginal blanca		absceso piodermitis		calor en cinco centros			
<b>B. EXAMEN FISICO</b>											
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Presión arterial	115/30	Pulso	90	F. Respirat	18	Peso/kg.	60	Talla	1,60	I.M.C.	23
<b>CABEZA</b>											
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología											
Marcas Bona Afectada					Inspección						
					1. Manchas	S P	A La Luz	S P			
					2. Cicatrices	S P	Consensuado	S P			
					Palpación		Acomodación	S P			
					3. Puntos dolorosos	S P	Convergencia	S P			



CTT - 030		ENCUESTA											
1.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
2.- El número de crisis es:													
Episódica	Frecuente												
	Infrecuente					X							
	Crónica												
3.- La Duración es :													
	Episódica					X							
	Crónica												
4.- Tipo de dolor:													
	Opresivo					X							
	Pulsátil												
5.- Factores desencadenantes													
	Estrés laboral					X							
	Estrés familiar												
	Alimentos												
	Sin causa aparente												
6.- Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor, ahora mismo.													
	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
7.- GRADO DE SATISFACCIÓN : QUE TAN SATISFECHO/A ESTÁ LA FORMA EN QUE SE HA TRATADO SU PROBLEMA.													
Muy satisfecho	Completamente satisfecho					X							
	Insatisfecho												
8.- EN QUE MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ.													
	Hizo que el dolor mejore algo												
	Hizo que el dolor mejore mucho							X					
	No hubo cambios												