

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E.

REGISTRO SENESCYT No. 17-061

ESCUELA ENSEÑANA DE TERAPIAS NATURALES

2018

CÁPSULAS DE TORONJIL PARA EL TRATAMIENTO DE LA
ANSIEDAD LEVE.

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA.

GLENDIA MONTES DE OCA

DR. JAVIER MUÑOZ

RESUMEN

La ansiedad leve es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, que en la actualidad es considerada como algo normal en la vida cotidiana, cuyas sensaciones persistentes de preocupación, miedo o nerviosismo deben ser tratadas para que no conduzcan a otros problemas físicos y psicológicos. Actualmente, existen diferentes formas de tratamiento, pero a nivel de la naturapatía se busca integrar al toronjil por medio de su administración en forma de cápsulas, cuyas propiedades sedantes, espasmolíticas y antibacterianas, son un claro medio alternativo de reducción de síntomas a un bajo costo y de fácil acceso para todas las personas.

Palabras clave: ansiedad, trastorno, tratamiento, cápsulas, toronjil.

CERTIFICADO DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO "CÁPSULAS DE TORONJIL PARA TRATAR LA ANSIEDAD LEVE" FUE REALIZADO POR GLENDA ALEJANDRA MONTES DE OCA SARAGURO.

Quito, 23 de agosto del 2018

DR. JAVIER MUÑOZ

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATIA, 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 PERIODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.

GLENDIA MONTES DE OCA

DEDICATORIA

A DIOS Y A MI FAMILIA.

Glenda Montes de Oca

AGRADECIMIENTO

A DIOS, A MI FAMILIA Y A CADA UNO DE MIS QUERIDOS PROFESORES DEL PRESTIGIOSO INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO.

Glenda Montes de Oca

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA.....	4
1.1. TIPO DE ESTUDIO	4
1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	4
1.3 VARIABLES INVESTIGADAS.....	4
1.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	4
1.5 LIMITACIONES	5
1.6 PRODUCCIÓN DE MATERIAL	5
1.7 PROCEDIMIENTO PARA EL PROYECTO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 CONCEPTO DE ANSIEDAD.....	8
2.2 DIFERENCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD ADAPTATIVA Y EL TRASTORNO DE ANSIEDAD.....	9
2.3 SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD	11
2.4 SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD LEVE	12
2.5 TEST PARA MEDIR LA ANSIEDAD – VALORACIÓN DE HAMILTON ..	12
2.6 TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD	13
2.7 MELISSA OFFICINALIS (TORONJIL).....	15

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	18
3.1 RESULTADOS GENERALES	18
3.2 DATOS SOCIALES	19
3.3 INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	24
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Planta de toronjil	15
Gráfico 2: Edad	20
Gráfico 3: Género	21
Gráfico 4: Instrucción académica	22
Gráfico 5: Profesión	23
Gráfico 6: Vivienda	24
Gráfico 7: Estado ansioso	25
Gráfico 8: Tensión	26
Gráfico 9: Temores	27
Gráfico 10: Insomnio	28
Gráfico 11: Funciones cognitivas	29
Gráfico 12: Humor depresivo	30
Gráfico 13: Humor depresivo	31
Gráfico 14: Síntomas somáticos sensoriales	32
Gráfico 15: Síntomas cardiovasculares	33
Gráfico 16: Síntomas respiratorios	34
Gráfico 17: Síntomas gastrointestinales	35
Gráfico 18: Síntomas genitourinarios	36
Gráfico 19: Síntomas del sistema nerviosos autónomo	37
Gráfico 20: Conducta en el transcurso del test	38

Gráfico 21: Escala de ansiedad	39
Gráfico 22: Reducción de ansiedad	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diferentes significados de ansiedad.....	9
Tabla 2: Presentación genera de resultados.....	18
Tabla 3: Edad	19
Tabla 4: Género	20
Tabla 5: Instrucción académica.....	21
Tabla 6: Profesión	22
Tabla 7: Vivienda.....	23
Tabla 8: Estado ansioso.....	24
Tabla 9: Tensión.....	25
Tabla 10: Temores	26
Tabla 11: Insomnio.....	27
Tabla 12: Funciones cognitivas.....	28
Tabla 13: Humor depresivo	29
Tabla 14: Síntomas somáticos musculares.....	30
Tabla 15: Síntomas somáticos sensoriales.....	31
Tabla 16: Síntomas cardiovasculares	32
Tabla 17: Síntomas respiratorios	33
Tabla 18: Síntomas gastrointestinales	34
Tabla 19: Síntomas genitourinarios.....	35
Tabla 20: Síntomas del sistema nerviosos autónomo.....	36

Tabla 21: Conducta en el transcurso del test.....	37
Tabla 22: Escala de ansiedad.....	38
Tabla 23: Reducción de ansiedad.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Test de Hamilton	45
Anexo 2: Sistema de cuantificación	50
Anexo 3: Formato consentimiento informado.....	52
Anexo 4: Hojas frescas de toronjil.....	53
Anexo 5: Deshidratador eléctrico	54
Anexo 6: Molino eléctrico	54
Anexo 7: Colador de acero inoxidable	55
Anexo 8: Encapsuladora manual	55
Anexo 9: Cápsulas de gelatina tamaño 0.....	56
Anexo 10: Frascos plásticos	56

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un sentimiento de intranquilidad o aprensión, que de una u otra forma siempre ha estado presente en los seres humanos, ya que es una respuesta normal del cuerpo ante determinado estímulo o situación de amenaza. En algunos casos, el miedo o la intranquilidad ocurre aún cuando no hay peligro, lo que resulta en un trastorno. Se lo considera una alteración sólo cuando interfieren con el funcionamiento diario de un individuo ya que su organismo presenta cambios psicológicos, fisiológicos y conductuales.

En la actualidad este trastorno es la tercera patología psiquiátrica con más prevalencia en el mundo según Hofman, presidente de la Asociación Internacional de Psicoterapia Cognitiva. Así, generalmente para tratarla se emplean dos tipos de fármacos: los ansiolíticos y los antidepresivos, los cuales generan efectos secundarios, pero en casos muy limitados se combina elementos de la naturopatía como medios alternativos de tratamiento y que de acuerdo a Stiller; "puede generar buenos resultados con un impacto anatómico y fisiológico menor". (Stiller, 2014, p. 45)

El propósito de esta investigación es evaluar el efecto del toronjil en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad leve mediante el test de Hamilton, en la ciudad de Quito.

Las circunstancias de la vida moderna, presentan muchos más desafíos o estímulos, lo cual ocurre con mucha más frecuencia en zonas urbanas; ante esto, se lo diagnostica cuando "una persona se preocupa excesivamente acerca de diversos problemas de la vida diaria durante o por lo menos seis meses" (Hilmes, 2016, p. 29).

Las personas con ansiedad son incapaces de liberarse de sus preocupaciones, a pesar de que usualmente son conscientes de que su angustia es más intensa de lo que amerita la situación. No se pueden relajar, se asustan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse. Con frecuencia, tienen problemas para dormir o mantenerse dormidas.

Los síntomas físicos que con frecuencia la acompañan incluyen fatiga, dolores de cabeza, tensión y dolor muscular, dificultad para tragar, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2009).

El Organismo Mundial de la Salud señaló que “entre 1990 y 2013, el número de personas que sufría de ansiedad aumentó casi el 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca del 10% de la población mundial es afectada por esta dolencia” (Organismo Mundial de la Salud , 2017, p. 18).

Ante esto, el uso de ansiolíticos es muy frecuente en su tratamiento, los cuales actúan como un depresor del sistema nervioso central, por lo que se debe comprender que cuando se consume un ansiolítico “la ansiedad puede desaparecer, pero muchas otras funciones se reducen considerablemente” (Vega, 2016, p. 177).

Por lo tanto, es importante encontrar una alternativa natural para su tratamiento, que no afecte al organismo generando efectos secundarios adversos, ayudando de esta manera a mejorar la calidad de vida de las personas sin poner en riesgo su integridad.

Los fines que llevaron a plantear este tema en el proyecto es el interés por investigar la efectividad del toronjil sobre los síntomas de este trastorno, ya que es un mal que aqueja a gran parte de personas de nuestra sociedad, cuya aplicación no refiere mayor riesgo a la salud.

El objetivo general de este proyecto es: ofrecer un producto natural y seguro con bajo riesgo de efectos secundarios. Los objetivos específicos del proyecto son: describir los síntomas psicológicos, fisiológicos y conductuales que presentan las personas con trastorno de ansiedad leve, describir de que forma esta interfiere o afecta la vida de las personas que la padecen, describir las propiedades del toronjil, así como también su mecanismo de acción en el tratamiento y evaluar los beneficios obtenidos por el consumo de cápsulas de toronjil sobre la ansiedad leve.

A continuación, se refieren las preguntas que direccionarán la siguiente investigación: ¿Cómo interfiere la ansiedad en la vida de las personas que la padece? ¿Cuáles son los efectos las cápsulas de toronjil en el tratamiento de la ansiedad? ¿Las cápsulas de toronjil son una opción efectiva para el tratamiento de la ansiedad?

Este trabajo responde a las líneas de investigación del Instituto Tecnológico Superior Esculapio (Instituto Tecnológico Superior Esculapio, s.f.), Salud y Bienestar Humano y a la sub línea Salud: Calidad de vida. Debido a los antes mencionado la ansiedad leve interfiere en el ambito personal, laboral, y social. A la línea de Salud y Terapias Naturales y la sub línea Salud: Terapias ancestrales, teniendo en cuenta que la propuesta terapéutica de cápsulas de Toronjil, consiste en su administración via oral cada 8 horas por 30 días.

En cuanto a la clasificación en el campo de educación y capacitación CINE-F 2013 (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2013) el presente documento corresponde al campo amplio 09 Salud y Bienestar, al campo específico 091 Salud y al campo detallado 0917 Medicina y terapia tradicional y complementaria.

Es importante mencionar a su vez que la investigación aporta con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, específicamente con el objetivo 3: "Mejorar la calidad de vida de la población" (SENPLADES, 2013). Como se ha descrito con anterioridad, cabe recalcar que este trabajo procura brindar una alternativa viable a las personas con ansiedad leve, por lo que directamente se contribuye a que su calidad de vida mejore.

CAPÍTULO I: METODOLOGÍA

1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio exploratorio (de investigación), prospectivo (tiempo que se diseña el estudio), transversal (datos obtenidos de la investigación) (Fonseca, 2017, pág. 67).

1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se realiza en la ciudad de Quito. La población para el estudio está comprendida por un grupo de treinta personas, siendo estos adultos entre 20 a 70 años de edad.

1.3 VARIABLES INVESTIGADAS

Variable independiente es la causa del fenómeno estudiado, en esta investigación es: Cápsulas de Toronjil.

Variable dependiente es "la propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente" (Valles, 2016, pág. 20), en esta investigación es: Ansiedad Leve.

1.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizan instrumentos como observación directa, entrevista, test a través de los cuales se obtiene información y se procede a realizar el análisis correspondiente.

Descripción de los instrumentos de investigación:

1.4.1 Observación directa

Permite "identificar los signos y síntomas de la Ansiedad en el grupo investigado" (Cepúlveda, 2017, pág. 80).

1.4.2 Entrevista

A través de la entrevista se obtiene información, la misma que se consigna en la historia clínica de las personas investigadas.

1.4.3 Test

Se utiliza la escala de ansiedad de Hamilton para averiguar el nivel de ansiedad personal. La prueba consiste en un cuestionario de 14 ítems referentes a los síntomas que presenta el paciente y al comportamiento del mismo mientras realiza el cuestionario. Cada uno de los 14 ítems representa un grupo de síntomas valorados de cero a cuatro, siendo el cuatro la puntuación más alta. La puntuación final definirá la severidad del estado de ansiedad del paciente (Villegas, 2017, pág. 104).

1.5 LIMITACIONES

La limitación más importante será “la veracidad de los datos recopilados por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante”

Otro factor importante es la fidelidad de las personas hacia las indicaciones dadas durante el proyecto.

1.6 PRODUCCIÓN DE MATERIAL

1.6.1 Equipos y materiales

- Encapsulador manual
- Molino eléctrico (pequeño)
- Deshidratador eléctrico
- Colador de acero inoxidable
- Cápsulas de gelatina tamaño 0
- Hojas frescas de Toronjil
- Envases de plásticos blanco (polietileno)

1.6.2 Procedimiento para la producción del extracto seco de hojas de toronjil

1. Se empieza con la selección de hojas de Toronjil, descartando las que presenten cualquier tipo de imperfección.
2. Se lavan las hojas con abundante agua potable y se las sumerge por 5 minutos en una solución desinfectante que contiene 20 ml de ácido acético al 3% (vinagre) en 1.5 litros de agua.
3. Se retira las hojas del agua y se deja reposar sobre paños absorbentes para quitar el exceso de humedad.
4. Se colocan las hojas de Toronjil en el deshidratador a una temperatura de 40ª centígrados.
5. Una vez comprobado que están completamente secas se procede a pulverizar en el molino hasta conseguir un polvo fino.
6. El extracto seco en polvo obtenido se lo pasa por un colador de acero inoxidable para retener cualquier resto que no se haya pulverizado completamente.
7. Se procede a encapsular.
8. Finalmente se colocan 90 capsulas de Toronjil en cada envase plástico que previamente fue desinfectado.

1.7 PROCEDIMIENTO PARA EL PROYECTO

Para llevar a cabo este proyecto se realizaron los siguientes pasos:

- Se determina el tema de investigación
- Se lleva a cabo el anteproyecto de investigación
- Se entrevista al grupo de personas que participaron en el proyecto.
- Se recopila los datos mediante los instrumentos diseñado para tal efecto.
- Se analiza los resultados individuales del test de Hamilton para seleccionar al grupo de personas que presenten ansiedad leve.
- Se informa a cada persona que la duración del proyecto será de 30 días y se explica en forma detallada los pasos a seguir en el tratamiento.

- El participante procede a firmar el consentimiento informado.
- Se entrega a cada persona un frasco que contiene 90 cápsulas de Toronjil, cada cápsula equivale a una dosis de 500 mg, la cual será administrada cada 8 horas durante 30 días.
- Al finalizar el tratamiento se evalúa nuevamente a cada persona mediante el test de Hamilton, aquí se registra si existe algún cambio en los valores iniciales.
- Se tabula los datos obtenidos y se los presenta mediante cuadros gráficos.
- Se presenta el informe con los resultados finales del proyecto.
- Se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE ANSIEDAD

Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "*anxietas*", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "*angustia*", "*angor*", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo" (Berdonces, 2017, p. 37).

Sentir intraquilidad es normal en la vida cotidiana, pero las sensaciones persistentes de preocupación, miedo o nerviosismo deben ser tratadas para que no conduzcan a otros problemas físicos y psicológicos. Actualmente existen tres teorías sobre las causas de la ansiedad: la fisiológica, la psicoanalítica y la de comportamiento aprendido.

Cada caso individual suele poder explicarse a través de una o varias de estas teorías, por lo que conviene investigar los factores que han desencadenado la ansiedad antes de tratarla. Por tanto, la tendencia a pensar continuamente con inquietud, la rumiación mental y en casos severos las obsesiones, se asientan en esta emoción.

La ansiedad elemental es, sin embargo, fuente de capacidad de trabajo, reflexión penetrante, pensamiento eficaz, capacidad de concentración, imaginación productiva, carácter firme y de personalidad integrada. En naturopatía se tiene infinidad de tratamientos para este tipo de disfunción con muy buenos resultados.

A continuación, se refiere algunos conceptos de la ansiedad respecto al tipo de los mismos:

Tabla 1: Diferentes significados de ansiedad

Tipo	Definición
Estrés y ansiedad	El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.
Ansiedad y miedo	Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.
Ansiedad como sentimiento	Sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
Ansiedad como síntoma	Constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. (nerviosismo, miedo a recibir una mala noticia, sentir que algo malo va a pasar, etc.)
Ansiedad como síndrome	Es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiológicas.
Ansiedad como enfermedad	Es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

Fuente: (Freire, 2016, pág. 60)

2.2 DIFERENCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD ADAPTATIVA Y EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

La ansiedad adaptativa o fisiológica es un mecanismo de defensa “frente a amenazas de la vida diaria que se pone en marcha ante una circunstancia ambiental” (Armand, 2016, pág. 82). Esta función adaptativa mejora el

rendimiento y el componente somático es leve, propio de la respuesta de protección del organismo.

En el lado opuesto se encuentra el trastorno de ansiedad, que es “un mecanismo que se activa sin una causa aparente de peligro y la reacción fisiológica puede bloquear la respuesta adaptativa de nuestro organismo” (Gallegos, 2016, pág. 19), provocando un empeoramiento del rendimiento. Las personas que lo sufren en la mayoría de los casos demandan de atención médica o psicológica.

Por esto se dice que el trastorno de ansiedad difiere significativamente de las situaciones que provocan nervios o agitación. Estas reacciones físicas surgen cuando se debe hacer frente a una situación desafiante o peligrosa y los síntomas del trastorno de ansiedad interfieren negativamente con esa capacidad adaptativa que tiene el ser humano para enfrentarse a episodios potencialmente peligrosos.

Hoy en día, este trastorno afecta a un número considerable de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia anual aproximada por mil es:

Trastorno por ansiedad generalizada	50x1000 personas
Agorofobia	30x1000 personas
Fobia social	25x1000 personas
Fobia específica	100x1000 personas
Trastorno de pánico	10x1000 personas

Referenciado por parte de la (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág,62)

Además, hay que prestar atención a un estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud sobre “*La brecha terapéutica en la atención de la salud mental*”, donde este problema de salud pública se ve agravado por el hecho de que muchos individuos aquejados de este tipo de trastorno no reciben tratamiento alguno. Así, se presentan ejemplos de estimaciones de la brecha terapéutica para las regiones de la OMS; para el trastorno de pánico se estimó el 55,9% y para el trastorno de ansiedad generalizada el 57,5%.

En relación con todos estos datos es importante afirmar que la ansiedad, entendida como el conjunto de trastornos de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y ataques de pánico, es considerada en la actualidad, como el trastorno mental más común.

2.3 SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Los síntomas del trastorno de ansiedad podemos agruparlos en tres bloques:

- Los que pertenecen al grupo de síntomas psicológicos, en los que se puede encontrar miedos anticipatorios, preocupación excesiva, ideas recurrentes relacionadas con dichos miedos, negatividad ante las soluciones, ausencia del tiempo presente. (Jamiel, 2016, p. 97).
- Los síntomas físicos son los más persistentes en personas que sufren este tipo de trastornos, además pueden provocar que el diagnóstico se realice con dificultad pues se manifiestan de muchas maneras distintas. Aquí se puede encontrar trastornos intestinales, sequedad de boca, oclusión o cierre de la glotis, hiperventilación, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, molestias menstruales, dolores de cabeza, erupciones en la piel, temblores, etcétera (Refriete, 2011, p. 70).
- Los trastornos del sueño, obsesiones, apatía y síntomas depresivos que se agrupan en un tercer bloque más generalizado. (Lomier, 2015, p. 93).

2.4 SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD LEVE

2.4.1 Sensaciones físicas

- Dificultad para respirar (ocasionalmente).
- Palpitaciones o aumento de la presión arterial.
- Ligeras molestias estomacales.
- Tensión muscular.

2.4.2 Comportamiento y emociones

- No puede quedarse quieto.
- Impaciencia.
- Necesidad de estar en soledad o aislarse.

2.5 TEST PARA MEDIR LA ANSIEDAD – VALORACIÓN DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton es la herramienta que, médicos, psicólogos y psiquiatras utilizan para averiguar el nivel de ansiedad personal. La prueba consiste en un cuestionario diseñado por Max Hamilton (1959) de 14 ítems referentes a los síntomas que presenta el paciente y al comportamiento del mismo mientras realiza el cuestionario. Cada uno de los 14 ítems representa un grupo de síntomas valorados de cero a cuatro, siendo el cuatro la puntuación más alta. La puntuación final definirá la severidad del estado de ansiedad del paciente.

Dentro del cuestionario existen preguntas sobre signos y síntomas ansiosos que sirven de ayuda para valorar el estado del paciente. En cada una de las preguntas se tiene en cuenta no sólo la intensidad de los síntomas, sino también la frecuencia con que se presentan. Para lo cual, la entrevista debe ser realizada en un máximo de 30 minutos y la última pregunta, referente al comportamiento del paciente en la entrevista, es una de las claves más importantes que definirán el estado de tensión del entrevistado.

La puntuación de ansiedad obtenida en el test, no sólo es utilizada para conseguir una valoración, sino también para comprobar el estado del paciente durante el tratamiento. Un trastorno como la ansiedad generalizada debe ser

controlado con regularidad para que el tratamiento se adecúe a la evolución del paciente.

La puntuación total se obtiene tras la suma de los resultados de todos los ítems, con un rango de 0 a 54. Si el paciente obtiene una puntuación superior a 18, es aconsejable que consulte con un especialista en salud mental o afines, porque lo más probable es que esté padeciendo un trastorno de ansiedad.

2.6 TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Los tratamientos más comúnmente conocidos ante la ansiedad son el farmacológico y el no farmacológico, también llamado psicológico.

Del primero se puede referenciar que se obtiene tras la consulta al médico o especialista psiquiatra y consiste "en el consumo de pastillas conocidas como ansiolíticos o antidepresivos" (Armijos, 2014, pág. 27). Su función es puramente química regulando; con el paso del tiempo y consumo del mismo, hacia determinados neurotransmisores relacionados con este tipo de trastornos.

El tratamiento psicológico consiste en "aprender unas técnicas para controlar el miedo en situaciones determinadas" (Folletini, 2014, pág. 35), además de comprender los mecanismos de la ansiedad y controlarlos con técnicas respiratorias, relajación y reestructuración cognitiva. Su función es netamente psicológica y conductual.

Dejando al margen los casos en los que se requiera de un tratamiento psiquiátrico, existen otras alternativas, dentro de la cual se expone la siguiente investigación como es la Naturopatía, para abordar la ansiedad con eficacia. El tratamiento naturopático ofrece una visión integradora del individuo, esto quiere decir que las técnicas que utiliza tratarán al individuo en todos sus planos (físico, mental y emocional) con objeto de conseguir un estado óptimo de salud.

Una de las opciones que nos brinda la Naturopatía para tratar la ansiedad leve es la Fitoterapia, la cual consiste en la utilización de productos de origen vegetal con finalidad terapéutica, para prevenir, aliviar o curar un estado patológico, o con el objetivo de mantener la salud. La Fitoterapia es un término

acuñado por el médico francés Henri Leclerc a principios de siglo XX, un neologismo formado a partir de dos vocablos griegos: *phytón* (planta) y *therapeía* (tratamiento). Etimológicamente, por tanto, Fitoterapia se refiere al tratamiento de las enfermedades con plantas (Cañigüeral, 2003).

En la actualidad existe una base científica que apoya la eficacia de muchos productos fitoterápicos para determinadas indicaciones. La eficacia se consigue sólo con el uso adecuado de los preparados fitoterápicos, tanto en lo que se refiere a las indicaciones como a la forma de administración. (Cañigüeral, 2003)

Si bien es cierto que las plantas con propiedades ansiolíticas han sido empleadas por el hombre desde la antigüedad, hoy en día su uso está ganando aceptación en el campo de la psiquiatría, debido al incremento en el número de ensayos preclínicos que demuestran su eficacia. Una de estas plantas es la *Melissa officinalis* comúnmente conocida como Toronjil.

El toronjil tiene numerosas propiedades medicinales, las hojas, flores y tallos de melisa son ampliamente usados en medicina popular para tratar estados depresivos y nerviosos, insomnio, dolor de cabeza, trastornos de la menopausia y afecciones cardíacas. Sin embargo, para este proyecto nos enfocaremos en sus propiedades ansiolíticas.

La Sociedad Cooperativa Europea en Fitoterapia (ESCOP) considera indicada la melisa en casos de tensión, inquietud e irritabilidad; y para el tratamiento sintomático de trastornos digestivos tipo espasmódico; y en aplicación externa en el tratamiento del herpes labial.

La Comisión del Ministerio de Salud alemán recomienda la melisa en los trastornos del sueño de origen nervioso y en las alteraciones funcionales gastrointestinales.

2.7 MELISSA OFFICINALIS (TORONJIL)

Gráfico 1: Planta de toronjil



Fuente: (www.medicinanatural.com)

2.7.1 Descripción

- Nombre científico: *Melissa officinalis*.
- Nombres comunes: toronjil, melisa, citronela, hoja de limón.
- Parte utilizada: tallos y hojas.

La planta de melisa (*Melissa officinalis* L.) es un subarbusto perenne, frondoso y vivaz. Los tallos erguidos y ramificados llevan hojas opuestas, ovales y cordiformes, con un largo pecíolo. En el envés se observan multitud de nervios anastomosados, que confieren a la hoja un aspecto reticulado y rugoso al tacto. Su sabor es amargo y aromático, y por frotamiento desprende olor a limón.

Las partes de la planta dotadas de actividad farmacológica son las hojas, que se utilizan tradicionalmente en terapéutica por sus propiedades sedantes, espasmolíticas y antibacterianas. Las hojas desecadas de melisa deben contener, como mínimo, 4% de derivados hidroxicinámicos totales, expresados en ácido rosmarínico (Crespo, Montilla, y Navarro, 2008).

2.7.2 Composición química

Destaca el aceite esencial (> 0,05% v/p en hoja desecada), caracterizado por la presencia de aldehídos monoterpénicos: geranial (citral a), neral (citral b) y citronelal, así como sesquiterpenos: β -cariofileno y germacreno.

Otros constituyentes de interés son los ácidos fenoles derivados del ácido cinámico (ácidos cafeicos, clorogénico y sobre todo rosmarínico); flavonoides (apigenina, luteolina, y sus glucósidos); triterpenos (ácido ursólico y oleanólico) y glucósidos de monoterpenos. (Estrada, López y Sollozo, 2001)

2.7.3 Acción de la *Melissa Officinalis*

Varios estudios experimentales han confirmado la actividad sedante y ansiolítica de la melisa. Los componentes responsables de esta actividad son diversos y variados y pueden encontrarse en la esencia o en los extractos polares: aldehídos monoterpénicos, flavonoides, compuestos polifenólicos (especialmente el ácido rosmarínico) y glucósidos de monoterpenos. Recientemente se ha demostrado que el ácido rosmarínico presenta actividad ansiolítica a dosis bajas, sin que se afecte la memoria reciente ni lejana, ni se produzcan alteraciones locomotoras, ni daño en el DNA del tejido cerebral. (Crespo, Montilla y Navarro, 2008).

La actividad espasmolítica de la esencia de melisa se conoce desde hace tiempo y ha sido demostrada experimentalmente en distintos tipos de musculatura lisa, siendo el citral uno de los componentes responsables de esta actividad.

2.7.4 Aspectos clínicos

Se han realizado diversos ensayos clínicos para confirmar la actividad ansiolítica y sedante de melisa. Se valoró la eficacia de melisa frente al estrés psicológico de grado moderado inducido experimentalmente. Este estudio puso de manifiesto que una dosis única de extracto de melisa (600 mg) es capaz de mitigar el estrés de forma significativa y mejorar el estado de ánimo de los pacientes, haciéndolo compatible con la inducción del sueño.

Sobre voluntarios jóvenes y sanos, un ensayo clínico aleatorizado, cruzado, a doble ciego y controlado por placebo, investiga el efecto de la ingestión de una sola dosis de un extracto estandarizado de melisa, durante 7 días. Los resultados indican que la melisa puede modular las funciones cognitivas, ejerciendo efectos beneficiosos en la atención, pero negativos en la memoria.

Este comportamiento podría deberse a una escasa unión al receptor colinérgico, probablemente debida a la ausencia de esencia en el extracto. Los mismos autores realizaron otro ensayo aleatorizado, cruzado, a doble ciego y controlado por placebo en las mismas condiciones que el anterior y con el mismo número de personas, pero en el que se utilizaron hojas desecadas de melisa. En estas condiciones se mejoraron las cognitivas y se obtuvieron efectos beneficiosos en la memoria. (Crespo, Montilla y Navarro, 2008).

2.7.5 Indicaciones

ESCOP (*European Scientific Cooperative on Phytotherapy*) recomienda su empleo para el tratamiento del nerviosismo, inquietud, insomnio e irritabilidad, así como para el tratamiento sintomático de desórdenes digestivos menores como espasmos.

2.7.6 Posología

Modo de empleo: Oral 1,5 – 4,5 g de la planta, varias veces al día al día.

2.7.7 Contraindicaciones

- No se han señalado efectos nocivos significativos en su consumo; sin embargo, las personas con glaucoma o hipotiroidismo deben evitar su uso, pues los estudios con animales muestran que puede elevar la presión intraocular y ocasionar efectos antitiroideos. (Estrada, López y Sollozo, 2001)
- Administrarse con precaución a personas que requieran ánimo vigilante.

2.7.8 Beneficios de las cápsulas frente a otras formas de presentación

- Fácil cumplimiento de las dosis recomendadas al paciente.
- Dosis exactas
- Fácil administración
- Comodidad para el paciente al transportar la medicina

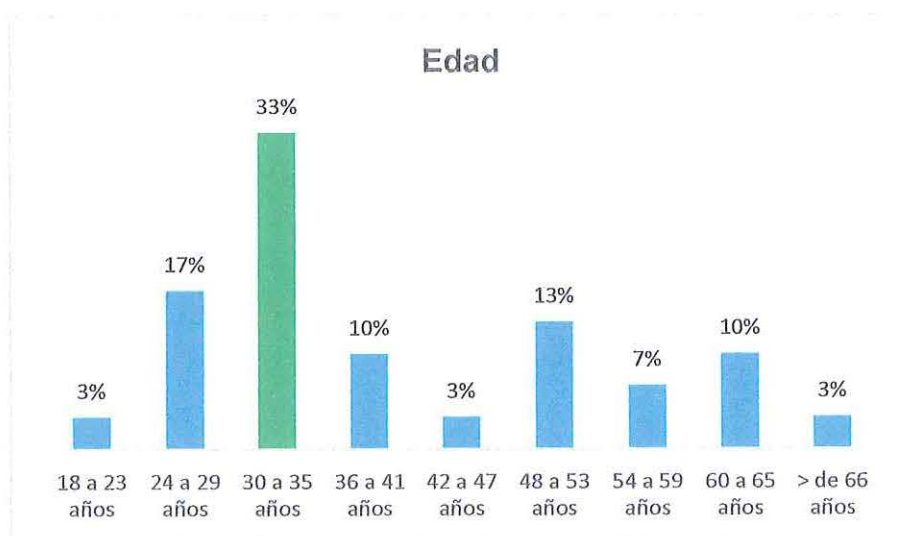
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS GENERALES

Tabla 2: Presentación genera de resultados

Nombre	Edad	Género	Instrucción/Profesión	Vivienda	Puntaje antes	Puntaje después
G.S.M.	61	F	Bachiller - Q.Q.D.D.	Urbana	6	3
M.J.T.	26	F	Bachiller - Q.Q.D.D.	Rural	6	4
R.P.	38	M	Superior - Médico	Rural	6	3
V.M.	28	F	Superior - Psicóloga	Urbana	8	4
P.H.	34	F	Superior - Psicóloga	Rural	8	5
D.M.	30	M	Superior- Ing. Financiero	Urbana	9	5
E.V.	38	M	Superior - Médico	Rural	9	7
A.B.	32	F	Bachiller - Empleada Doméstica	Rural	9	6
M.J.	51	F	Superior - Secretaria Ejecutiva	Urbana	10	5
G.V.	62	F	Bachiller - Q.Q.D.D.	Rural	10	9
D.L.	33	M	Superior - Enfermero	Urbana	10	5
J.P.	43	F	Superior - Cosmiatra	Urbana	11	5
I.V.	32	M	Superior - Ing. Hotelero	Urbana	11	5
P.S.	41	F	Bachiller - Q.Q.D.D.	Rural	12	8
R.L.V.	31	F	Superior - Fisioterapeuta	Urbana	12	11
B.T.	32	F	Primaria - Empleada Domestica	Urbana	12	10
D.P.	24	M	Bachiller - Estudiante	Urbana	13	7
G.G.	33	M	Superior - Ing. Financiero	Rural	14	10
E.C.	52	F	Primaria - Empleada	Urbana	14	9

Gráfico 2: Edad



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

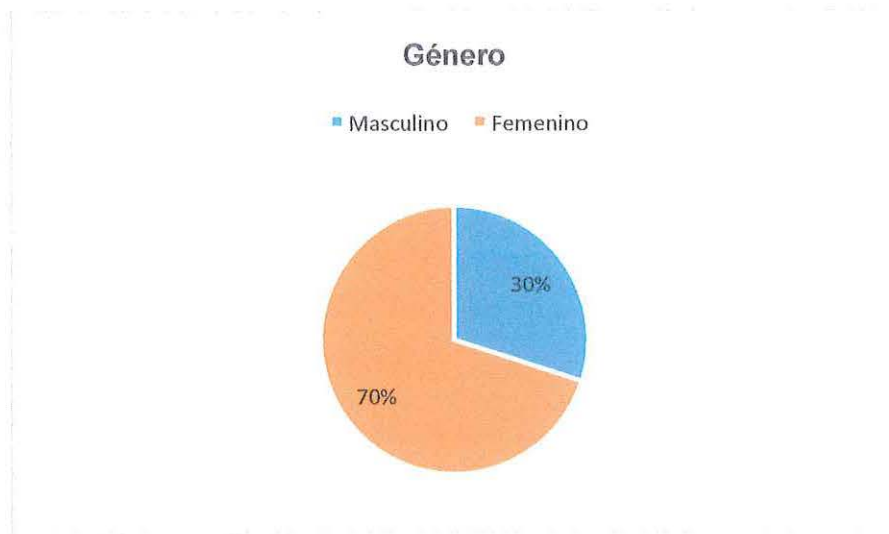
De acuerdo al grupo poblacional estudiado y conformado por 30 miembros se puede determinar que el rango de edad mayormente repetitivo es de 30 a 35 años y está conformado por el 33% del grupo de estudio.

Tabla 4: Género

Indicador	Frecuencia	%
Masculino	9	30%
Femenino	21	70%
Total	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 3: Género



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

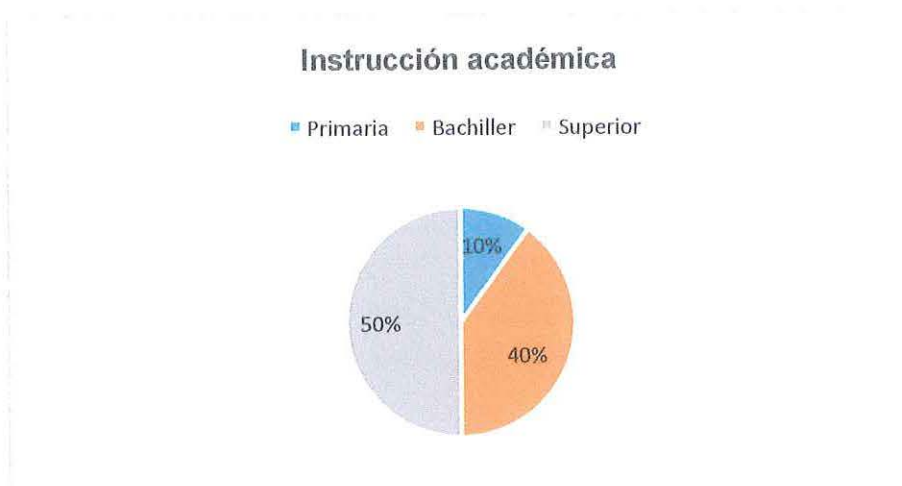
De acuerdo al grupo poblacional estudiado y conformado por 30 miembros se puede determinar que el rango de género mayormente representativo es femenino con un nivel de representación del 70%, y el género masculino tiene una representación del 30 %.

Tabla 5: Instrucción académica

Indicador	Frecuencia	%
Primaria	3	10%
Bachiller	12	40%
Superior	15	50%
Total	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 4: Instrucción académica



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

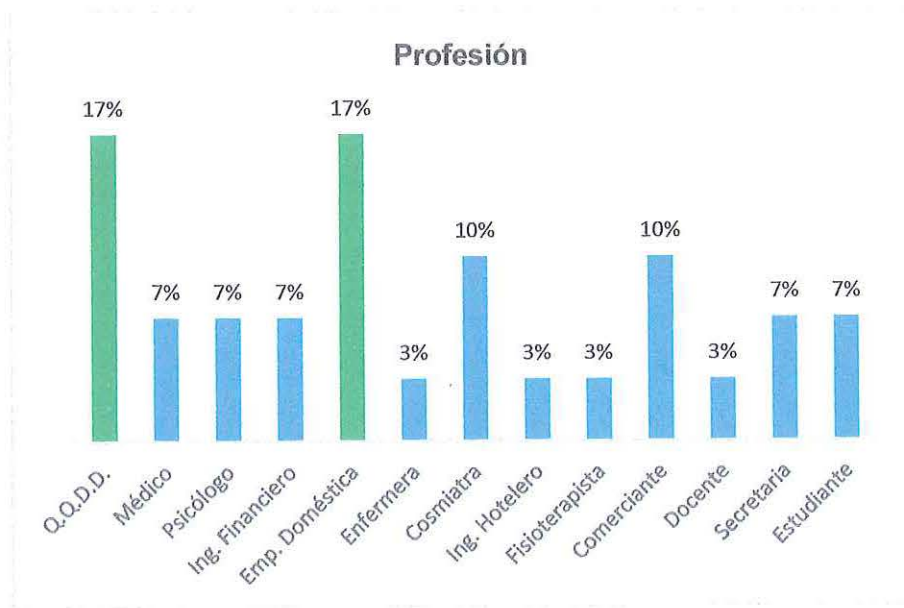
De acuerdo al grupo poblacional estudiado y conformado por 30 miembros se puede determinar que el rango de instrucción académica mayormente representativo es Superior con un nivel de representación del 50%. El segundo grupo con mayor representación es Bachiller ya que tiene el 40%, finalmente encontramos el grupo minoritario, que tiene estudios Primarios con una representación del 10%.

Tabla 6: Profesión

Indicador	Frecuencia	%
Q.Q.D.D.	5	17%
Médico	2	7%
Psicólogo	2	7%
Ing. Financiero	2	7%
Emp. Doméstica	5	17%
Enfermera	1	3%
Cosmiatra	3	10%
Ing. Hotelero	1	3%
Fisioterapista	1	3%
Comerciante	3	10%
Docente	1	3%
Secretaria	2	7%
Estudiante	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 5: Profesión



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

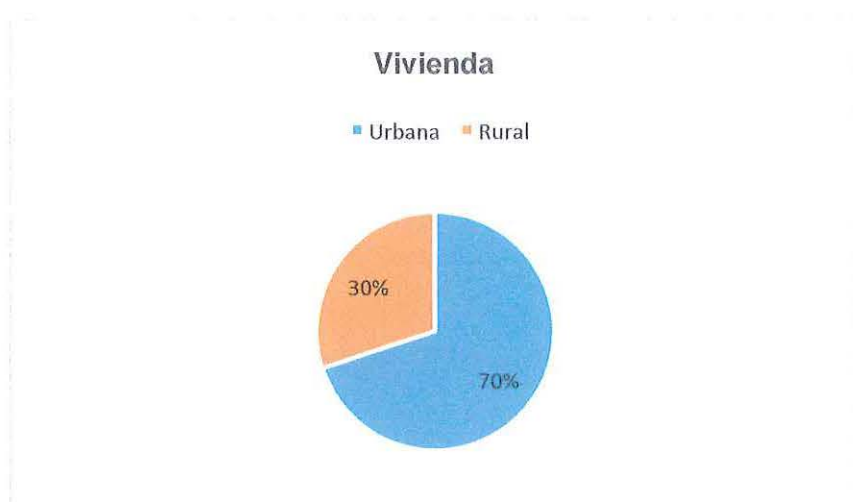
De acuerdo al grupo poblacional estudiado y conformado por 30 miembros se puede determinar que el rango de profesión mayormente representativo es de quehaceres domésticos (Q.Q.D.D.) y empleadas domésticas, con un nivel de representación del 17% cada uno. Lo cual, da a denotar que la mayoría de encuestados son personas que interactúan constantemente con actividades del hogar y de la familia.

Tabla 7: Vivienda

Indicador	Frecuencia	%
Urbana	21	70%
Rural	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 6: Vivienda



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo al grupo poblacional estudiado y conformado por 30 miembros se puede determinar que el tipo de vivienda mayormente representativo es de urbana, con un nivel de representación del 70%.

3.3 INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

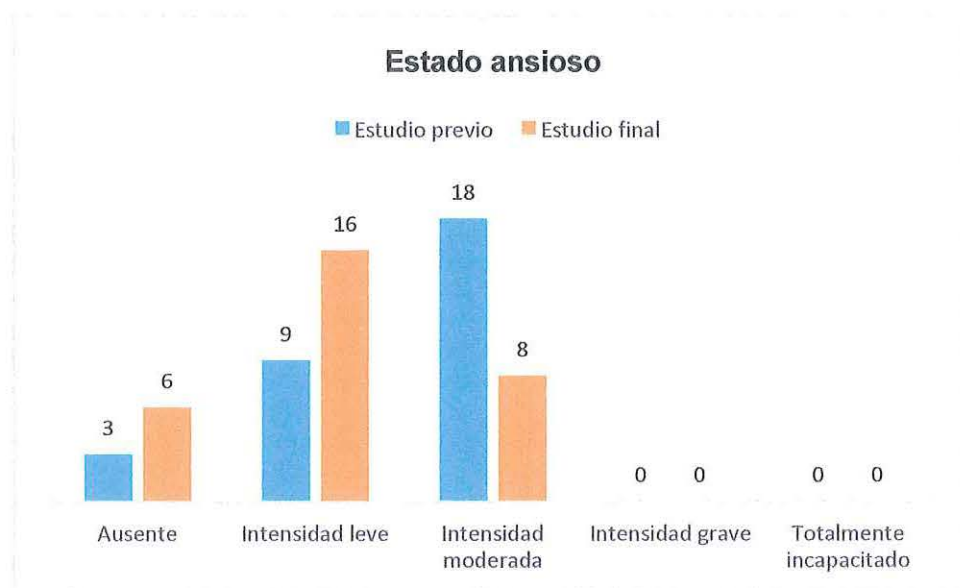
3.3.1 Estado ansioso

Tabla 8: Estado ansioso

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	3	10%	6	20%
Intensidad leve	9	30%	16	53%
Intensidad moderada	18	60%	8	27%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 7: Estado ansioso



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia el estado ansioso de la población se tiene un 10% ausente, 30% con intensidad leve y 60% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 20% ausente, 53% con intensidad leve y 27% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado ansioso de la población estudiada.

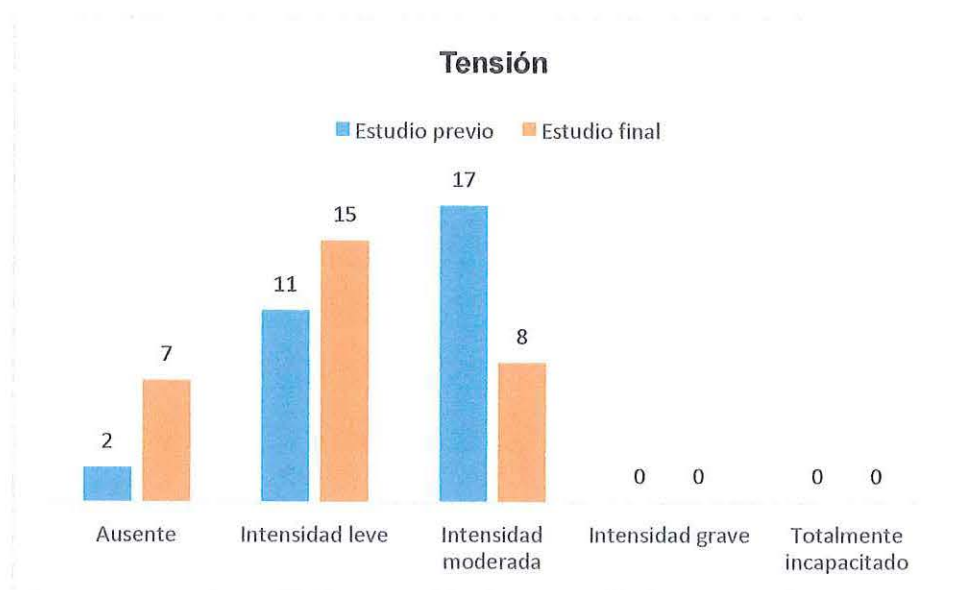
3.3.2 Tensión

Tabla 9: Tensión

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	2	7%	7	23%
Intensidad leve	11	37%	15	50%
Intensidad moderada	17	57%	8	27%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 8: Tensión



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia la tensión de la población se tiene un 7% ausente, 37% con intensidad leve y 57% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 23% ausente, 50% con intensidad leve y 27% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de tensión de la población estudiada.

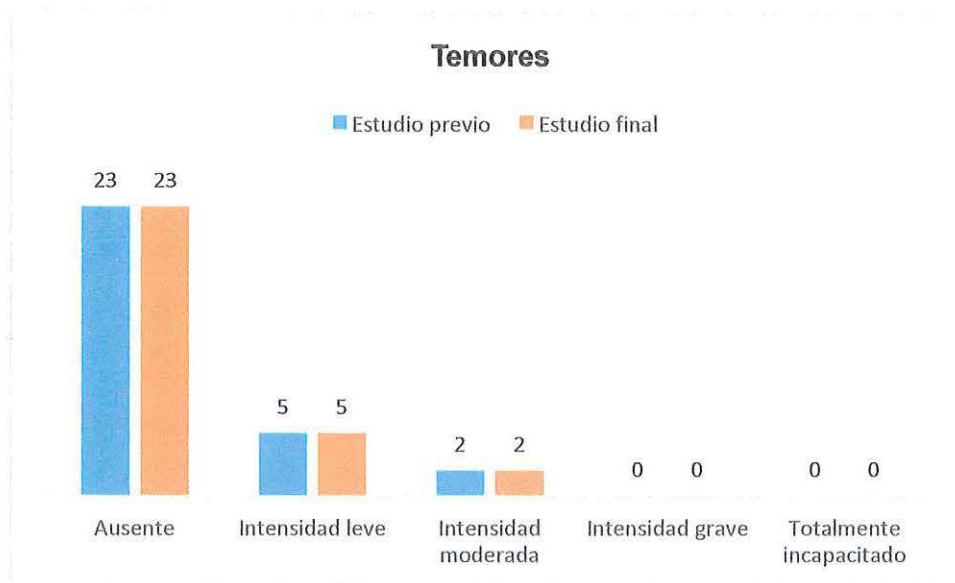
3.3.3 Temores

Tabla 10: Temores

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	23	77%	23	77%
Intensidad leve	5	17%	5	17%
Intensidad moderada	2	7%	2	7%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 9: Temores



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los temores de la población se tiene un 77% ausente, 17% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 77% ausente, 17% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. Lo cual representa ninguna variación clara del estado de temor de la población estudiada.

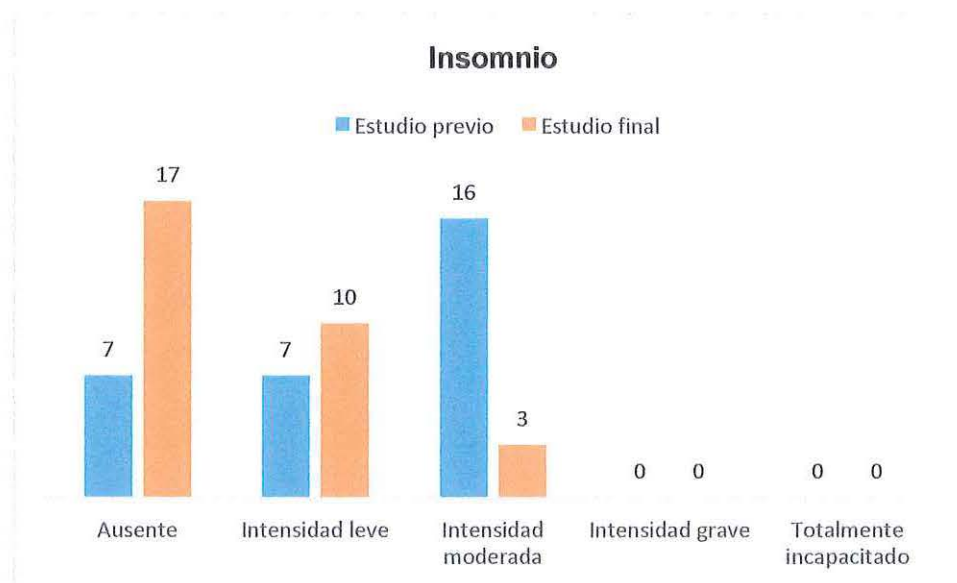
3.3.4 Insomnio

Tabla 11: Insomnio

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	7	23%	17	57%
Intensidad leve	7	23%	10	33%
Intensidad moderada	16	53%	3	10%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 10: Insomnio



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia el insomnio de la población se tiene un 23% ausente, 23% con intensidad leve y 53% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 57% ausente, 33% con intensidad leve y 10% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de insomnio de la población estudiada.

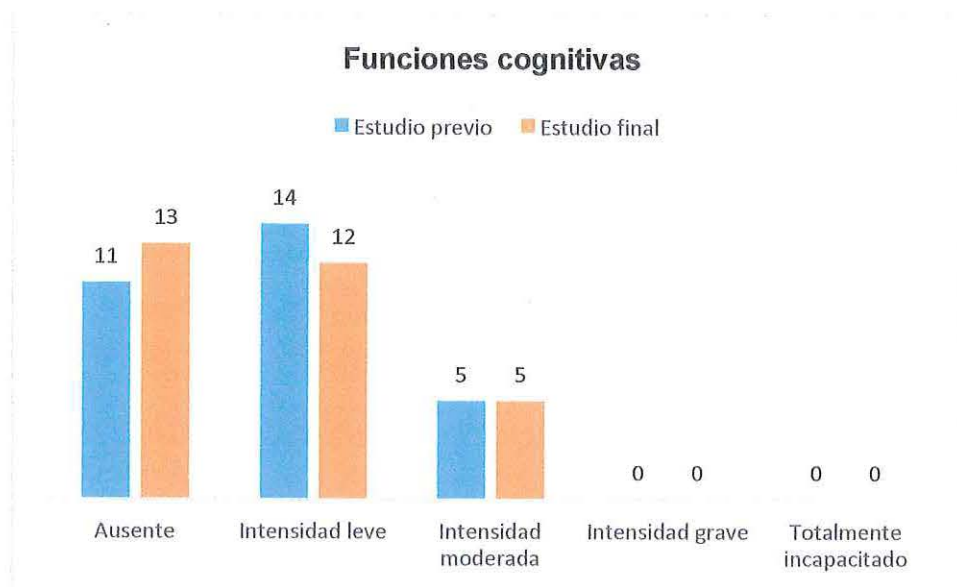
3.3.5 Funciones cognitivas

Tabla 12: Funciones cognitivas

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	11	37%	13	43%
Intensidad leve	14	47%	12	40%
Intensidad moderada	5	17%	5	17%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 11: Funciones cognitivas



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia las funciones cognitivas de la población se tiene un 37% ausente, 47% con intensidad leve y 17% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 43% ausente, 40% con intensidad leve y 17% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción menor del estado bajo de las funciones cognitivas de la población estudiada.

3.3.6 Humor depresivo

Tabla 13: Humor depresivo

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	15	50%	15	50%
Intensidad leve	5	17%	14	47%
Intensidad moderada	10	33%	1	3%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 12: Humor depresivo



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia el humor depresivo de la población se tiene un 50% ausente, 17% con intensidad leve y 33% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 50% ausente, 47% con intensidad leve y 3% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de humor depresivo de la población estudiada.

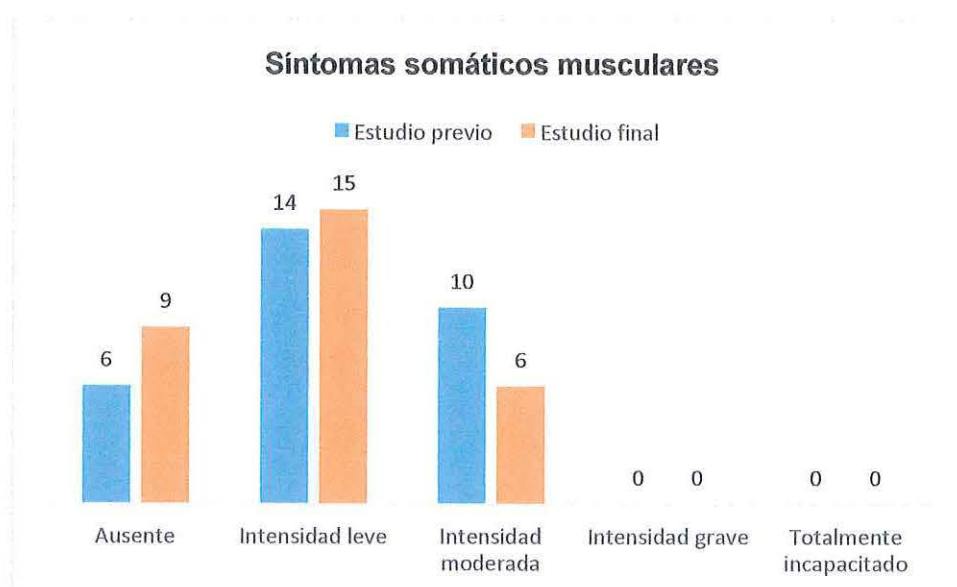
3.3.7 Síntomas somáticos musculares

Tabla 14: Síntomas somáticos musculares

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	6	20%	9	30%
Intensidad leve	14	47%	15	50%
Intensidad moderada	10	33%	6	20%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 13: Humor depresivo



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas somáticos musculares de la población se tiene un 20% ausente, 47% con intensidad leve y 33% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 30% ausente, 50% con intensidad leve y 20% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción menor del estado hacia los síntomas somáticos musculares de la población estudiada.

3.3.8 Síntomas somáticos sensoriales

Tabla 15: Síntomas somáticos sensoriales

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	17	57%	18	60%
Intensidad leve	11	37%	10	33%
Intensidad moderada	2	7%	2	7%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 14: Síntomas somáticos sensoriales



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas somáticos sensoriales de la población se tiene un 57% ausente, 37% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 60% ausente, 33% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción menor del estado hacia los síntomas somáticos sensoriales de la población estudiada.

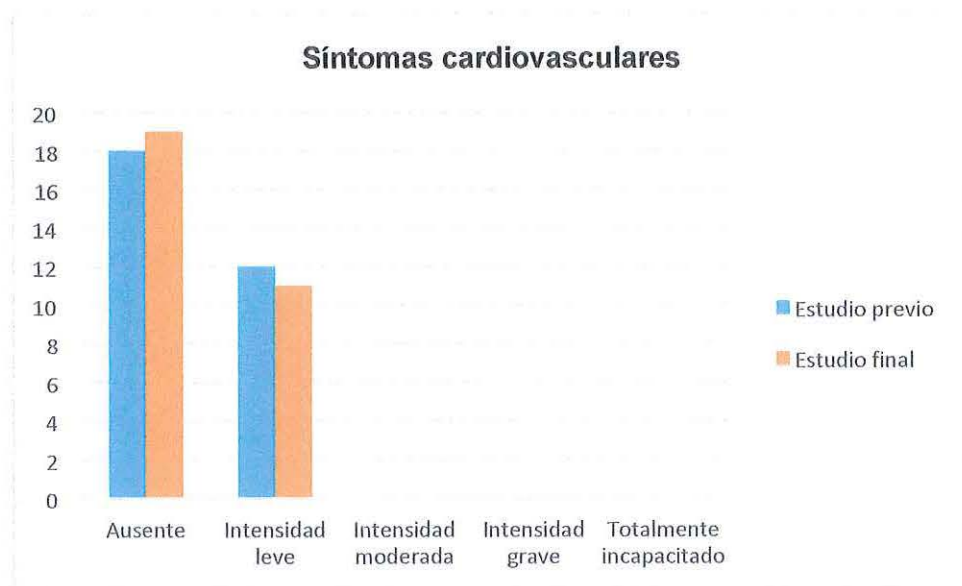
3.3.9 Síntomas cardiovasculares

Tabla 16: Síntomas cardiovasculares

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	18	60%	19	63%
Intensidad leve	12	40%	11	37%
Intensidad moderada	0	0%	0	0%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 15: Síntomas cardiovasculares



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas somáticos sensoriales de la población se tiene un 60% ausente y 40% con intensidad leve. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 63% ausente y 37% con intensidad leve. Lo cual representa una reducción menor del estado hacia los síntomas cardiovasculares de la población estudiada.

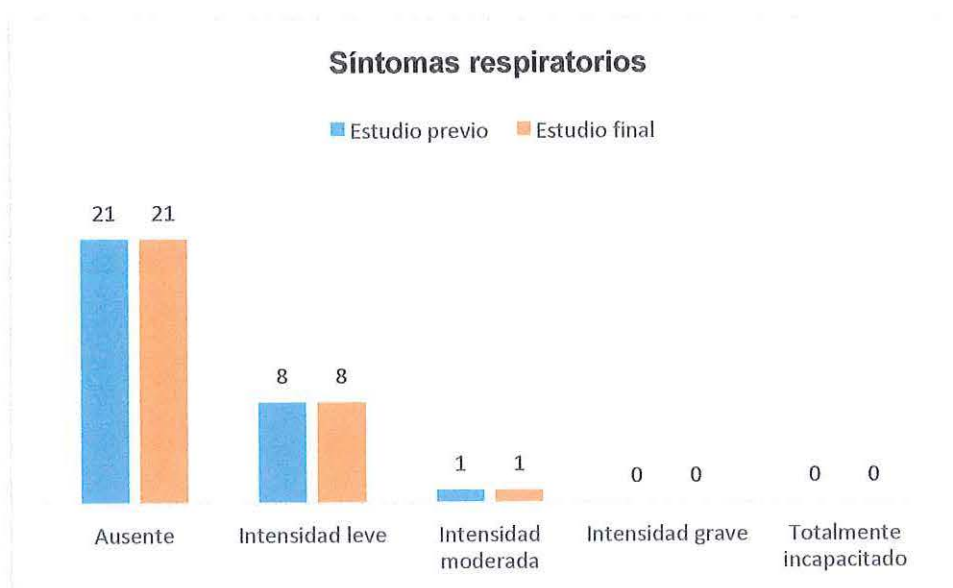
3.3.10 Síntomas respiratorios

Tabla 17: Síntomas respiratorios

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	21	70%	21	70%
Intensidad leve	8	27%	8	27%
Intensidad moderada	1	3%	1	3%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 16: Síntomas respiratorios



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas respiratorios de la población se tiene un 70% ausente, 27% con intensidad leve y 3% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 70% ausente, 27% con intensidad leve y 3% con intensidad moderada. Lo cual representa ninguna variación clara del estado de los síntomas respiratorios de la población estudiada.

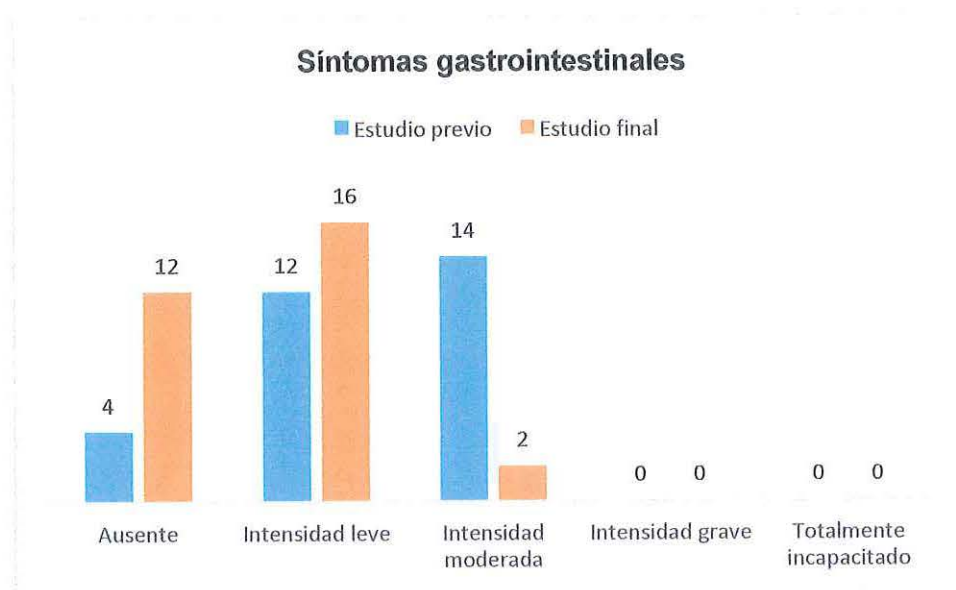
3.3.11 Síntomas gastrointestinales

Tabla 18: Síntomas gastrointestinales

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	4	13%	12	40%
Intensidad leve	12	40%	16	53%
Intensidad moderada	14	47%	2	7%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 17: Síntomas gastrointestinales



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas gastrointestinales de la población se tiene un 13% ausente, 40% con intensidad leve y 47% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 40% ausente, 53% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de los síntomas gastrointestinales de la población estudiada.

3.3.12 Síntomas genitourinarios

Tabla 19: Síntomas genitourinarios

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	24	80%	24	80%
Intensidad leve	6	20%	6	20%
Intensidad moderada	0	0%	0	0%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 18: Síntomas genitourinarios



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas genitourinarios de la población se tiene un 80% ausente y 20% con intensidad leve. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 80% ausente y 20% con intensidad leve. Por lo tanto, no representa ninguna variación clara del estado de los síntomas genitourinarios de la población estudiada.

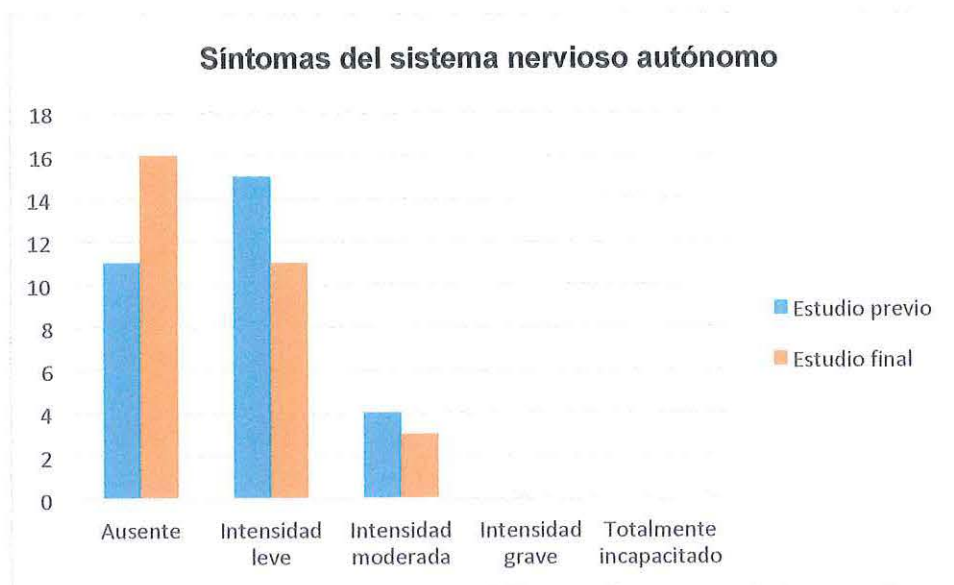
3.3.13 Síntomas del sistema nervioso autónomo

Tabla 20: Síntomas del sistema nerviosos autónomo

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	11	37%	16	53%
Intensidad leve	15	50%	11	37%
Intensidad moderada	4	13%	3	10%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 19: Síntomas del sistema nerviosos autónomo



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los síntomas del sistema nerviosos autónomo de la población se tiene un 37% ausente, 50% con intensidad leve y 13% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 53% ausente, 37% con intensidad leve y 71% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de los síntomas del sistema nerviosos autónomos de la población estudiada.

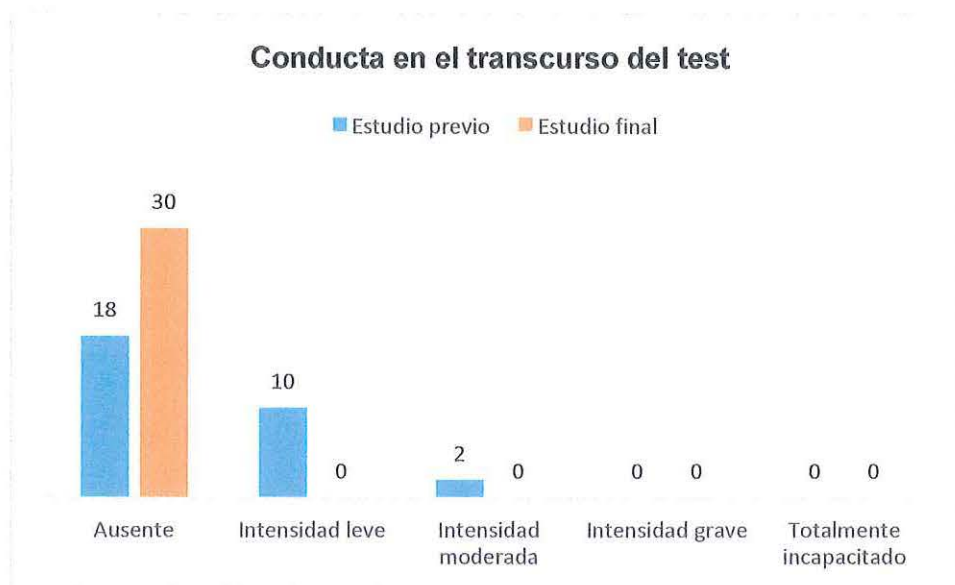
3.3.14 Conducta en el transcurso del test

Tabla 21: Conducta en el transcurso del test

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
Ausente	18	60%	30	100%
Intensidad leve	10	33%	0	0%
Intensidad moderada	2	7%	0	0%
Intensidad grave	0	0%	0	0%
Totalmente incapacitado	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 20: Conducta en el transcurso del test



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia la conducta en el transcurso del test de la población se tiene un 60% ausente, 33% con intensidad leve y 7% con intensidad moderada. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 100% ausente, 0% con intensidad leve y 0% con intensidad moderada. Lo cual representa una reducción clara del estado de la conducta en el transcurso del test de la población estudiada.

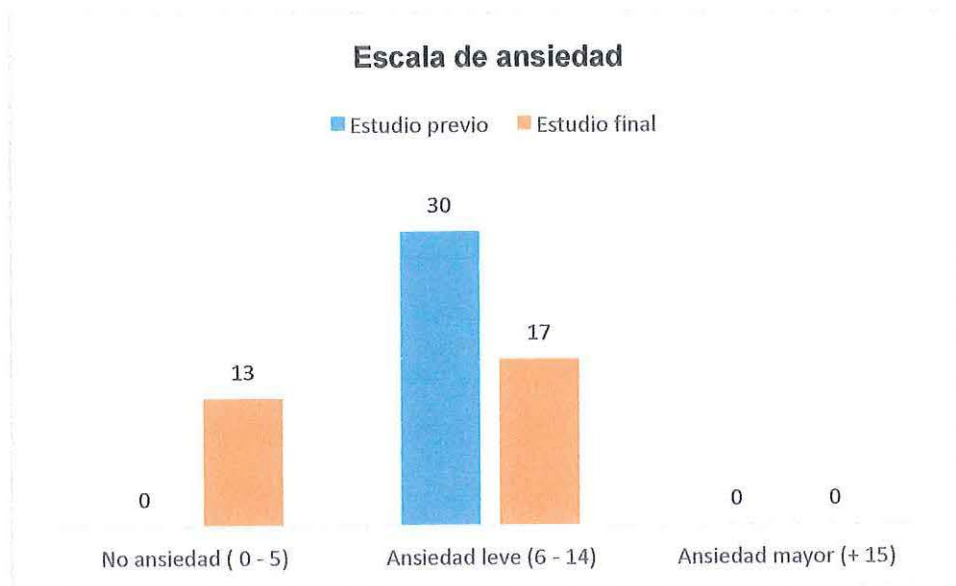
3.3.15 Escala de ansiedad

Tabla 22: Escala de ansiedad

Calificación	Estudio previo	%	Estudio final	%
No ansiedad (0 - 5)	0	0%	13	43%
Ansiedad leve (6 - 14)	30	100%	17	57%
Ansiedad mayor (+ 15)	0	0%	0	0%
Total	30	100%	30	100%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 21: Escala de ansiedad



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton en una primera fase hacia los resultados finales sobre el nivel de ansiedad de la población se tiene un 0% no ansiedad, 100% ansiedad leve y 0% con ansiedad mayor. En una segunda fase del test, posterior al uso de las cápsulas de toronjil para el tratamiento de la ansiedad leve se tiene un 43% de no ansiedad, 57% con ansiedad leve y 0% con ansiedad mayor. Lo cual representa una reducción clara del estado de ansiedad en los resultados finales del test de la población estudiada.

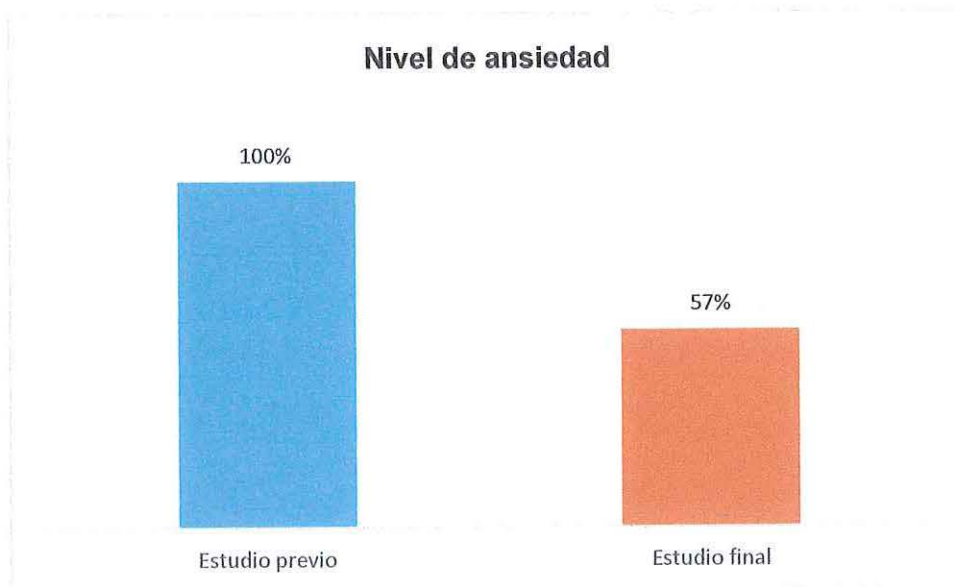
3.3.16 Reducción de ansiedad

Tabla 23: Reducción de ansiedad

Tipo	Indicador
Ansiedad leve	43,33%

Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

Gráfico 22: Reducción de ansiedad



Fuente: Glenda Montes de Oca (2018). Elaborado en base a los datos encuestados.

La reducción de la ansiedad ha sido del 43,33%; denotando y validando la importancia de generar un tratamiento por medio de cápsulas de toronjil.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a la aplicación del test de Hamilton posterior al uso de las cápsulas de toronjil la reducción de la ansiedad leve es del 43,33%.
- Se determinó que la reducción de la ansiedad leve fue mayor en mujeres ya que corresponde al 70 % de la población estudiada, de las cuales el 34 % se dedican a quehaceres domésticos (Q.Q.D.D.) y a trabajar como empleadas domésticas. En cuanto a la relación con la edad el efecto positivo fue mayor en personas con edades comprendidas entre los 30 a 35 años ya que representa el 33% del grupo estudiado. En relación con la ubicación de la vivienda, es mayor en viviendas urbanas, ya que representan el 70 % del grupo estudiado.
- La acción favorable de las cápsulas de toronjil en el grupo estudiado fue mayor en los síntomas que corresponden a: estado ansioso, tensión, insomnio, humor depresivo, síntomas gastrointestinales, síntomas del sistema nervioso autónomo, conducta en el transcurso del test. Tuvo un menor impacto en los síntomas que corresponden a: temores, funciones intelectuales, síntomas somáticos musculares, síntomas somáticos sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios y síntomas genitourinarios.
- Las cápsulas de toronjil son una opción natural y segura para tratar la ansiedad leve.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios con cápsulas de toronjil administradas en dosis menores para valorar su efecto sobre la ansiedad leve.
- Se recomienda realizar un seguimiento a las personas que participaron en el proyecto para valorar su estado en los días posteriores al tratamiento.
- Se recomienda a otros estudiantes del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" realizar más estudios sobre la acción del Toronjil sobre la ansiedad leve en sus diferentes formas de consumo. Además, de aportar en nuevas investigaciones más profundas sobre las diferentes plantas medicinales existentes en el Ecuador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armand, E. (2016). *La ansiedad adaptativa*. Estados Unidos: Queen ediciones.
- Armijos, L. (2014). *Manejo médico de la ansiedad*. México D.F.: Quetzal ediciones.
- Berdonces, J. (2017). *Gran Diccionario Ilustrado de las Plantas Medicinales*. Londres - Inglaterra: King ediciones.
- Cañigueral, S. (2003). *La Fitoterapia racional: Vademécum de prescripción*, Masson Editorial: Barcelona.
- Crespo, M. Montilla, M. y Navarro, M. (2008). *Plantas medicinales para el Insomnio*, Complutense Editorial: Madrid.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). *Efectos y causas de la ansiedad*. Estados Unidos: Mavile ediciones médicas.
- Estrada, C. López, C y Sollozo, M. (junio del 2001). *Medicina tradicional: Estudios preclínicos de plantas con propiedades ansiolíticas*. El Residente, No.2, pp. 78- 84.
- Folletini, V. (2014). *Aspectos psicológicos de la ansiedad*. Buenos Aires - Argentina: Velero ediciones investigativas.
- Freire, M. (2016). *Clasificación de la ansiedad*. Bogotá - Colombia: Red académica ediciones.
- Gallegos, A. (2016). *El trastorno de ansiedad*. Estados Unidos: Palenque ediciones.
- Hilmes, F. (2016). *La ansiedad: problema del siglo XXI*. Estados Unidos: Harmony ediciones.
- Hofman, S. (2015). *Trastornos de ansiedad*. Dallas - Estados Unidos: Poker ediciones.

- Jácome, A. (2016). *Efectos en la salud de la depresión*. Lima - Perú: Deleir ediciones.
- Jamiel, M. (2016). *Sintomatología de la ansiedad*. Estados Unidos: Rugby ediciones.
- Layour, S. (2014). *Aspectos mentales de la ansiedad*. México D.F.: Cuadros ediciones.
- Lomier, M. (2015). *Análisis de las enfermedades del estrés*. Estados Unidos: Klops ediciones.
- Mera, G. (2015). *Glosario de psicología*. Bogotá - Colombia: Krus ediciones.
- Organismo Mundial de la Salud . (2017). *Indicadores mundiales de salud y patologías*. México D.F.: Organismo Mundial de la Salud publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Indicadores de trastornos y epidemias*. Estados Unidos: OMS publicaciones.
- Pedrosa, L. (2016). *La naturopatía: aplicaciones y alternativas*. México D.F.: Oro verde ediciones.
- Refrielle, A. (2011). *La ansiedad como trastorno*. Estados Unidos: Abelek ediciones.
- Stiller, A. (2014). *La naturopatía como medio alternativo a la medicina tradicional*. Estados Unidos: Atlantis ediciones.
- Torres, R. (2014). *Soporte psicológico Tomo: III*. México D.F.: Línea azul ediciones.

ANEXOS

Anexo 1: Test de Hamilton

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____	
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.		
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente		
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	

1	Presencia dudosa	
2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.	Puntaje	

Animo deprimido	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
Síntomas somáticos generales (musculares)	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje

Síntomas cardiovasculares	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa.	Puntaje	
Síntomas respiratorios	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.	Puntaje	
Síntomas gastrointestinales	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.	Puntaje
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Síntomas genito urinarios	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Fuente: (Hamilton, 1959)

Anexo 2: Sistema de cuantificación

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4

13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: (Hamilton, 1959)

Anexo 3: Formato consentimiento informado

Yo _____, con CI. _____, Domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Neuropatía, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), por vía oral 3 veces al día por 30 días, previo a lo cual:

SI ___ NO ___ me indicó que el tratamiento consiste en:

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

SI ___ NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que, esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI ___ NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE _____

C.IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: *Glenda Montes de Oca*

C. IDENTIDAD: *1719324889* FIRMA:

Anexo 4: Hojas frescas de toronjil



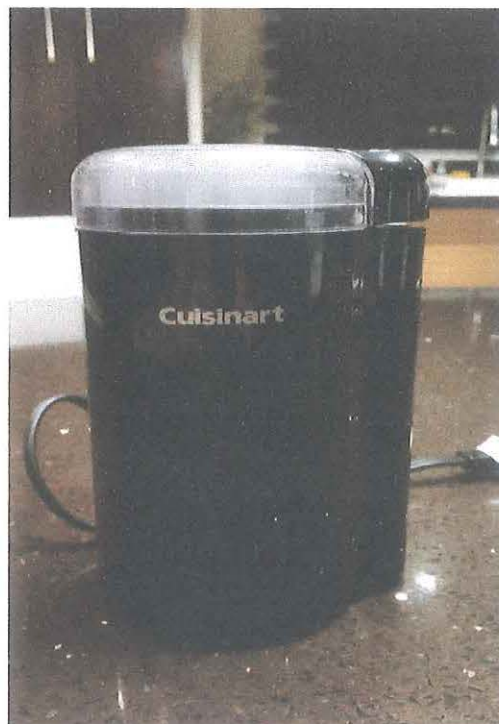
Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 5: Deshidratador eléctrico



Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 6: Molino eléctrico



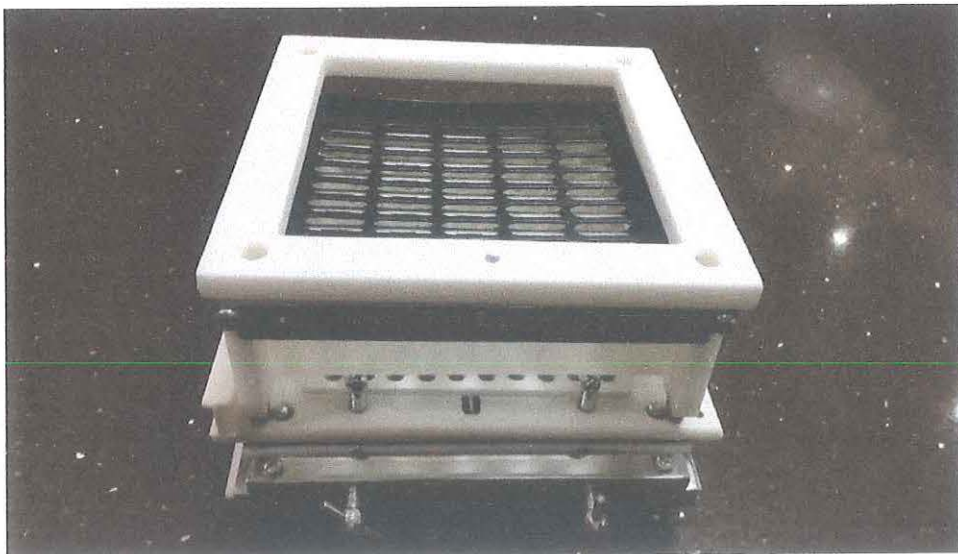
Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 7: Colador de acero inoxidable



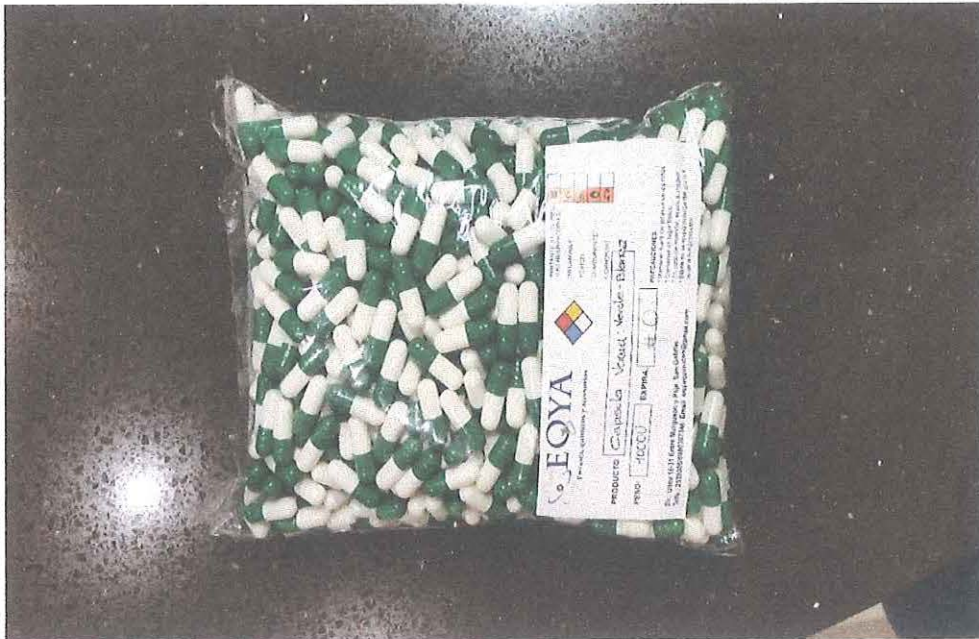
Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 8: Encapsuladora manual



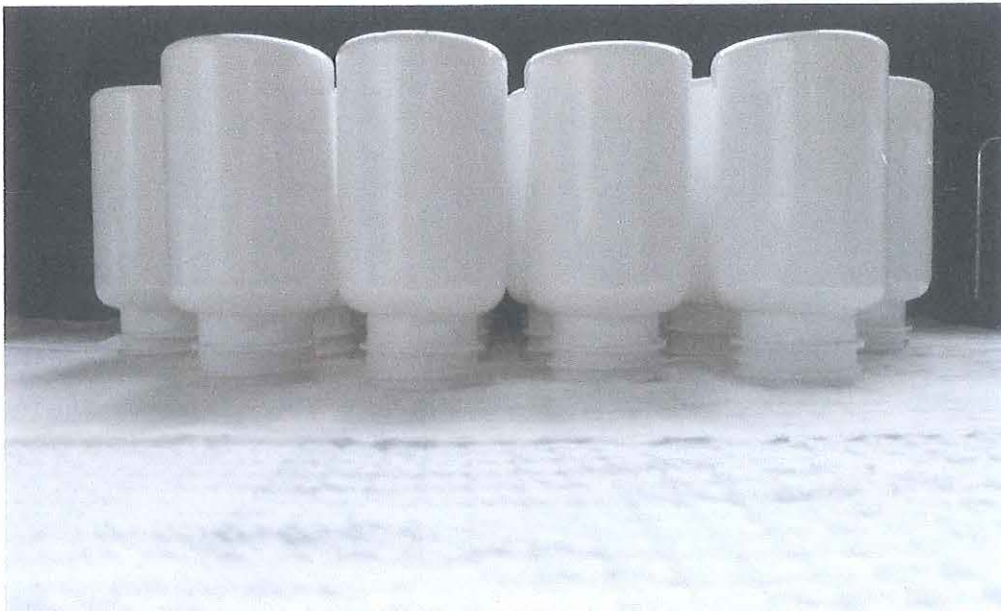
Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 9: Cápsulas de gelatina tamaño 0



Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Anexo 10: Frascos plásticos



Elaborado por: Glenda Montes de Oca (2018).

Yo G.S., con CI. 0701048472, Domiciliado en La Atahualpa
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar una cápsula cada 8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE G.S.

C. IDENTIDAD: 0701048472

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

**DEPARTAMENTO MEDICO
FICHA MEDICA**

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
G.	S.M.	30-06-1957	61	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Inti y Quevedo s10, Atahualpa		Quito		2658415	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C.I.	
Q. Q. D. D.		Bachiller		0701048472	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dificultad para dormir.
----------------------	-------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS							
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	último embarazo y cesarea						
6-10 a		41-50 a							
11-20 a		51-60 a	Osteoporosis						
21-30 a	Dos embarazos y cesareas	más 60 a							
AGO.									
MENARQUIA	12 años	FUM	2003	G 3	P -	A -	C 3	HV 3	HM -
CICLOS	-		PLANIFICACIÓN FAMILIAR		-				

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO			
Papa: diabetes									
Hermana: hipertensión									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que hace 1 semana no puede conciliar el sueño, sus horas de sueño son aproximadamente 2 a 3 horas, temiendo como causa aparente un trauma emocional reciente (accidente de tránsito). Además se acompaña de llanto fácil y sentimientos de intranquilidad.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: Ardor al orinar	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en zona lumbar y rodillas	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: *GS*

Fecha: *12-11-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *6*

TEST DE HAMILTON

Nombre: *GS*

Fecha: *12-12-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *3*

Yo MJT, con CI. 1721523528, Domiciliado en LA GRANJA de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar 1 cápsula cada 8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE MJT

C. IDENTIDAD: 1721523528

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
M.J.	T.	25-08-1991	26	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Avenida I. I. I. Vía Cascata, Guayaquil		Quito		7072440	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
G. B. D. D.		Bachiller		1721523528	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de cabeza
-----------------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	Embarazos (2), Cesareas (2)	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	13 años	FUM	10/2017	G	2	P	-	A	-	C	2	HV	2	HM	-
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR				Anticonceptivo oral									

3 ANTECEDENTES FAMILIARES						
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO		
Abuela materna: Cáncer de cerebro						
Tios maternos: retraso mental						

4 ENFERMEDAD ACTUAL.
Paciente indica que desde hace 48 horas presenta intenso dolor a nivel de nuca el cual aumenta con los movimientos y cambios de posición, se acompaña de mareo, náusea y vómito por varias ocasiones. Además presenta sensación de vacío en la boca del estómago, aparentemente ocasionado por malos hábitos alimenticios (saltarse las comidas)

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Diarrea
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: N.P.
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en talón derecho.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: HJT

Fecha: 13-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 6

TEST DE HAMILTON

Nombre: HJT.

Fecha: 13-12-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	X				
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.			X		
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	X				
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	X				
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	X				
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	X				
Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	X				
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	X				
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	X				
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).		X			
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.		X			
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	X				
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	X				
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	X				

Puntaje: 4

Yo RCPV, con CI. 1712717415, Domiciliado en Conocoto
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar una cápsula c/8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE RCPV

C. IDENTIDAD: 171271741-5

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
R.	P.	08-03-1978	33	Masculino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Convento		Quito		5159744	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Médico		Médico		1712717915	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de espalda
----------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS					
0-5 a	nacio parto normal, linfa de axila	31-40 a					
6-10 a		41-50 a					
11-20 a	Extracción tercenos molares	51-60 a					
21-30 a	Trauma en rodilla izquierda	más 60 a					
AGO.							
MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM
CICLOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR						

3 ANTECEDENTES FAMILIARES							
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER		
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO		
Mama: Aneurisma cerebral							

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde hace 6 meses presenta dolor en la region lumbar del lado derecho que se irradia a muslo y pierna del lado derecho, se acompaña de amortiguamiento, dolor empeora al sentarse y calma con analgésicos.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Ardor en boca del estómago
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor muscular de espalda.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: R.P.

Fecha: 24/OCT/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 6

TEST DE HAMILTON

Nombre: R.P.

Fecha: 24/Nov/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 3

Yo V. H., con CI. 1713807970, Domiciliado en Atabualpa
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar 1 cápsula cada 8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE V. H.

C. IDENTIDAD: 1713807970

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
V.	M.	17-12-19	28	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Galio Molina, Av. Abahualpa		Quito		099276485	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Psicóloga		Psicóloga		1713807970	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Alestar estomacal
-----------------------------	-------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Scarampión, nació por parto normal	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	Embarazos (2), cesárea (1), abortos es	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	13 años	FUM	5/10/2017	G	2	P	-	A	1	C	1	HV	1	HM	1
CICLOS	Regular	PLANIFICACIÓN FAMILIAR					Dispositivo intrauterino								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	/	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	/	6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO

Abuelo materno y tías: diabetes
Tías paternas: cáncer estómago

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que desde hace 1 mes presenta sensación de quemazón en boca del estómago, teniendo como causa aparente shock emocional (aborto), además se acompaña de cambios de carácter, dolor de cuello e insomnio.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Gastritis
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad, depresión
MUSCULO ESQUELÉTICO: N.P.	ENDOCRINOLÓGICO: Hipotiroidismo

TEST DE HAMILTON

Nombre: VM

Fecha: 12-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 8

TEST DE HAMILTON

Nombre: VM

Fecha: 12-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 4

Yo PH, con CI. 1717604563, Domiciliado en Valle Chillar de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar 1 cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE PH

C. IDENTIDAD: 1717604563

FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
P.	H.	06-01-1983	34	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Valle de los Chillos		Quito		0992660671	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Psicóloga		Psicóloga		1717604563	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Aumento de gases
-----------------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nacido por cesarea	31-40 a	Herpes zoster en rostro
6-10 a	Hepatitis A	41-50 a	
11-20 a	Amigdalitis recurrentes	51-60 a	
21-30 a	Ovario poliquístico	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	14 años	FUM	14-09-2017	G	-	P	-	A	-	C	-	HV	-	HM	-
CICLOS	Irregulares		PLANIFICACIÓN FAMILIAR				Anticonceptivo oral								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA		2. DIABETES		3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPERTENSIÓN		5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS		7. ENF MENTAL	<input checked="" type="checkbox"/>	8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	
Abuelo paterno: Alzheimer									
Abuelo materno: cáncer de próstata									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica dolor abdominal tipo cólico, acompañado de hinchazón y sensación de pesadez de dos semanas de evolución, molestias aumentan al comer grasas. Hace 1 año presentó igual sintomatología para lo cual tomó tratamiento que no específica.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Tos seca	GASTROINTESTINAL: Colon irritable
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en codo	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: PH

Fecha: 24/10/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 8

TEST DE HAMILTON

Nombre: PH

Fecha: 24/11/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	1				
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	2				
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	3				
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	4	X			
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	5				
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	6				
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	7				
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	8				
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	9				
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	10				
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	11				
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	12				
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	13				
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	14				

Puntaje: 5

Yo D.M., con CI. 1710553445, Domiciliado en La Atahualpa
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR UNA CÁPSULA CADA 8 HORAS.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE D.M.

C. IDENTIDAD: 1710553445

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
D.	M.	30-12-1988	30	Masculino	Cristiano
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Inti y Quevedo 810, Atahualpa		Quito		2653415	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Negociante		Ing. Financiero		1710553445	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Estreñimiento
----------------------	---------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por cesarea	31-40 a	
6-10 a	Parotiditis, sarampion	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	Hemorroides	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	FUM	G	P
CICLOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	A	C
		HV	HM

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO			
Abuelo materno: diabetes					Tia paterna: cáncer estómago				
Tia materna: hipertensión									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que hace 24 horas presenta estreñimiento, hay sensación de dolor al pujar y salida de sangre en poca cantidad de color rojo brillante. Hace 2 años le operaron de hemorroides.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Tos seca	GASTROINTESTINAL: Estreñimiento
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Insomnio, cambios de carácter.
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de espalda	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: DM

Fecha: 12-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 9

TEST DE HAMILTON

Nombre: *DM*

Fecha: *12-11-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *5*

Yo F.V., con Ci. 1712454956, Domiciliado en CONOCOTO
de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:
UNA CÁPSULA CADA OCHO HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE F.V.

C. IDENTIDAD: 1712454956.

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
E.	V.	03-01-1979	38	Masculino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Avenida Tlaló, Via Conocoto		Quito		0999825598	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Médico		Medico		1712454956	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de espalda
-----------------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS					
0-5 a	Abcio parto normal, varicela	31-40 a	Hepatitis A				
6-10 a	Parotiditis	41-50 a					
11-20 a	Fractura de clavícula	51-60 a					
21-30 a		más 60 a					
AGO.							
MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM
CICLOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR						

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	<input checked="" type="checkbox"/>		
Papá: diabetes					Abuelas: hipertensión y diabetes				
Mamá: hipotiroidismo									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que presenta dolor de espalda desde hace más de un año, teniendo como causa aparente levantar objetos pesados, dolor en este último mes se ha vuelto constante lo que le ocasiona incomodidad, ansiedad e insomnio. Se ha realizado exámenes en los que se descarta algún tipo de problema en la columna.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Dolor de garganta	GASTROINTESTINAL: Gastritis
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en pierna izquierda	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: EV.

Fecha: 27/10/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 9

TEST DE HAMILTON

Nombre: E.V

Fecha: 27/11/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 7

Yo A-B, con CI. 170902371-5, Domiciliado en Carapungo de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar una cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE A.B.

C. IDENTIDAD: 170902371-5

FIRMA: Arshata Bedin

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: Glenda Montes de Oca



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

**DEPARTAMENTO MEDICO
FICHA MEDICA**

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
A.	B.	15-02-1985	32	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Carapungo		Quito		0992503273	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleada Doméstica		Bachiller		170902371-5	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor abdominal.
----------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por cesarea Trauma de rodilla	31-40 a	
6-10 a	Varicela	41-50 a	
11-20 a	Apendicectomía, Cesarea	51-60 a	
21-30 a	Cesarea	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	12 años	FUM	-2017	G	2	P	-	A	-	C	2	HV	2	HM	-
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR			Metodo del ritmo.										

3 ANTECEDENTES FAMILIARES						
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO		
Tía paterna: cáncer pulmones						
Abuelo materno: diabetes						

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que desde hace 1 mes presenta sensación de quemazón en la boca del estómago y dolor en el pecho, se acompaña de náusea a vómito, molestia aumenta al tomar gaseosas y alcohol, calma con las comidas.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: N.P.	ENDOCRINOLÓGICO: Pérdida de peso

TEST DE HAMILTON

Nombre: *A.B*

Fecha: *24-10-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *9*

TEST DE HAMILTON

Nombre: *A. B*

Fecha: *24-11-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *6*

Yo MEJ, con CI. 1908135155, Domiciliado en Armenio de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomas una capsula cada 8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

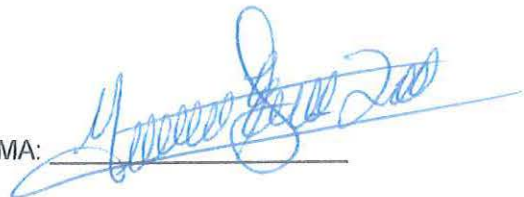
SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE MEJ

C. IDENTIDAD: 1908135155

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
M.	J.	02-10-1966	51	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
La Armenia		Quito		2062 300	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Secretaria		Secretaria Ejecutiva		1708135155	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor abdominal
----------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Amidalectomia.	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	Diabetes tipo II
11-20 a		51-60 a	
21-30 a		más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	12 años	FUM	2014 G 5 P 4 A 1 C - HV 1 HM 4
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que hace 2 meses presenta sensación de plenura y pesades abdominal, además se acompaña de oshicos y aumento de gases, especialmente por la ingesta de lacteos y grasas. Hace 3 años fue diagnosticada de calculos en la vesícula y no hay controles médicos recientes.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Tos con flema	GASTROINTESTINAL: Litiasis viliar
GENITOURINARIO: Dolor al orinar	NEUROLÓGICO: Cambios de caracteres
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de espalda	ENDOCRINOLÓGICO: Menopausia

TEST DE HAMILTON

Nombre: M.J.

Fecha: 27 - Oct. 2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

TEST DE HAMILTON

Nombre: M.J.

Fecha: 27 - Nov - 2017.

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 5

Yo GV, con CI. 170462801-3, Domiciliado en CONOCOTO de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR 1 CAPSULA CADA OCHO HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE GV

C. IDENTIDAD: 170462801-3 FIRMA: Glendalys de Villacís

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: Glenda Montes de Oca



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
G-	V.	13-05-1956	62	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Conocoto		Quito		2075243	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleada privada		Bachiller		1704628013	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor en cuello y espalda
----------------------	---------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Pancreatitis	31-40 a	
6-10 a	Fractura de clavícula	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	Menopausia
21-30 a	3 partos normales	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	12 años	FUM	2005
		G	3
		P	3
		A	-
		C	-
		HV	3
		HM	-
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER				
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO				
Mama: diabetes e hipertension									
Hermana: Ca. seno									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde hace 10 años presenta dolor en cuello y espalda, que se irradia hacia pecho, se acompaña de decaimiento y amorfugamiento de la mano derecha, el dolor ha ido empeorando y en la actualidad se presenta como 7/10, por lo cual toma analgesicos para continuar con las labores diarias. Empeora con el frio y mejora con el calor.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Gastritis
GENITOURINARIO: Infección vías urinarias.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en articulación de rodillas	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: **GV**

Fecha: **27-10-2017**

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: **10**

TEST DE HAMILTON

Nombre: **GV**

Fecha: **27-11-2017**

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: **9**

Yo DL, con CI. 1715608442, Domiciliado en el Comercio de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR 1 CÁPSULA CADA 8 HORAS.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE DL

C. IDENTIDAD: 1715608442

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
D.	L.	27-03-1984	34	Masculino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
El Comercio		Quito		0999045471	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleado privado		Nutropata		1715608442	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Irritabilidad y ansiedad
----------------------	--------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nacio por parto normal	31-40 a	Gastritis
6-10 a	Parotiditis, Asma	41-50 a	
11-20 a	Fiebre reumática	51-60 a	
21-30 a	Tendinitis	más 60 a	

AGO.									
MENARQUIA		FUM		G	P	A	C	HV	HM
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR							

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF.C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 Paciente refiere que desde hace 1 año presenta cambios repentinos de caracter, hace 4 meses ha empeorado ya que se siente irritable la mayor parte del tiempo, teniendo como causa aparente demasiada carga laboral y problemas familiares (esposa), se acompaña de dolor de estómago, presión en el pecho y angustia, mejora con el descanso. No ha tomado ningún tratamiento.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Diarrea
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor muslo derecho	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: DL

Fecha: 24/11/2027

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

TEST DE HAMILTON

Nombre: DL

Fecha: 24/10/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 5

Yo J P, con CI. 171153257-0, Domiciliado en QUITO/BARRONNEJO
de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR UNA CAPSULA CADA 8 HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

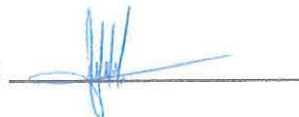
SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE J P

C. IDENTIDAD: 171153257-0

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
J.	P.	27 - 09 - 1974	43	Femenino	Mormona
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Barrio Nuevo		Quito			
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Cosmiatra		Cosmiatra		171153257-0	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Aumento de peso
----------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	Abdominoplastia, bichetomía
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	2 partos normales	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	14 años	FUM	- 2017 G 2 P 2 A - C - HV 2 HM -
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Preservativos.

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER					
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO					
Padre: Alzheimer									
Madre: Hipotiroidismo e hipertensión									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde hace 1 año presenta ansiedad por comer, predilección por dulces, cambios en el estado de ánimo. Hay un aumento de peso de 20 libras lo cual no ha podido perder a pesar de ejercicios y dieta.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Faringitis	GASTROINTESTINAL: Aumento de gases
GENITOURINARIO: Disuria	NEUROLÓGICO: Ansiedad, cambios de carácter
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de rodilla derecha.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: J.P

Fecha: 10-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 11

TEST DE HAMILTON

Nombre: JP

Fecha: 11-12-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 5

Yo I.V., con CI. 171857110-0, Domiciliado en Corocoto
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar 1 cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE I.V.

C. IDENTIDAD: 171857110-0

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
I	V	17-07-1985	32	Masculino	Cristiano
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Avenida Iñaló 66-317 y Luis H.		Quito		0992312089	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Administrador Hotelero		Ingeniero Hotelero		1718571100	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Ansiedad
----------------------	----------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS							
0-5 a	Nacio por parto normal. Alergias r.	31-40 a	Bursitis						
6-10 a		41-50 a							
11-20 a	Testículo en ascensor (izquierdo)	51-60 a							
21-30 a		más 60 a							
AGO.									
MENARQUIA		FUM		G	P	A	C	HV	HM
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR							

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA		2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS		7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	
Papa: diabetes									
Abuela: hipertensión									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que presenta cuadro de ansiedad hace 6 meses, teniendo como causa aparente estrés laboral, el cual empeoró hace 3 meses, se acompaña de tensión muscular en cuello y espalda, mejora con el descanso. No ha recibido ningún tratamiento.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Bursitis en hombro derecho	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: IV

Fecha: 11-11-2018

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje: 11

TEST DE HAMILTON

Nombre: I.V.

Fecha: 11-12-2018

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje: 5

Yo PS, con CI. 1719324886, Domiciliado en Ecuadoriana
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar una cápsula c/8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE PS

C. IDENTIDAD: 1719324886

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

**DEPARTAMENTO MEDICO
FICHA MEDICA**

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
P	S	18-07-1976	41	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
La Napo		Quito		0999005486	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Q. Q. D. D.		Bachiller		1719324886	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Insomnio
----------------------	----------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	Ca. seno derecho, Hipotiroidismo
6-10 a	Traumatismo Craneoencefalico lnc	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	2 partos y 1 cesarea	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	12 años	FUM	-2017
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	G 3 P 2 A - C 1 HV 3 HM -
		Dispositivo Intrauterino	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
Abuela y tía materna: cáncer de seno					
Padre: Hipotiroidismo y varices.					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente con antecedentes de cáncer de mama derecha, en tratamiento de especialidad, a raíz del diagnóstico presento crisis de ansiedad, llanto fácil y pérdida de apetito, en últimos chequeos médicos hay una buena respuesta al tratamiento.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Taquicardia	GASTROINTESTINAL: Gastritis
GENITOURINARIO: Vaginitis	NEUROLÓGICO: Ansiedad, depresión, insomnio.
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de espalda	ENDOCRINOLÓGICO: Nódulos tiroideos.

TEST DE HAMILTON

Nombre: *PS*

Fecha: *24/10/2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *12*

TEST DE HAMILTON

Nombre: PS

Fecha: 24/11/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 8

Yo RL, con CI. 1721929881, Domiciliado en Turubamba Alto de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:
Tomar una cápsula cada 8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE RL

C. IDENTIDAD: 1721929881

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
R.	L.V.	30-03-1986	31	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Av. Teniente Hugo Ortiz y C.		Quito		0995753932	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Fisioterapeuta		Fisioterapeuta		1721929881	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Ansiedad
----------------------	----------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Luxación bilateral de cadera	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	
11-20 a	Retropulsión maxilar superior	51-60 a	
21-30 a	Cesarea-Diabetes gestacional	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	13 años	FUM	2017	G	1	P	-	A	-	C	1	HV	1	HM	-
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR					Dispositivo Intrauterino								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO				
Mamá: Cáncer seno		Abuela materna: Diabetes.							
Padre: Diabetes									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que hace 2 meses presenta ansiedad, teniendo como causa problemas familiares (esposo), se acompaña de dolor de cabeza y deseos de comer cuando el cuadro de ansiedad empeora, presenta aumento de peso.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad.
MUSCULO ESQUELÉTICO: N.P.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: RLV

Fecha: 24-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 12

TEST DE HAMILTON

Nombre: RLV.

Fecha: 24-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 11

Yo B T, con CI. 0502829682, Domiciliado en Obrero Independiente de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar una capsula cada 8 h.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE B. T

C. IDENTIDAD: 0502829682

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
B.	T.	08-06-1984	32	Femenino	Cristiana
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Obrero Independiente		Quito		2 677364	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleada Doméstica		Primaria		0502 829 68-2	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor muscular generalizado
----------------------	-----------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	Hipotiroidismo
6-10 a		41-50 a	
11-20 a	Migraña	51-60 a	
21-30 a		más 60 a	

AGO.			
MENARQUIA	11 años	FUM	-2017
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Dispositivo Intrauterino

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER					
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
<p>Paciente refiere que desde hace una semana presenta dolor muscular generalizado, especialmente en miembros superiores, desencadenado por el esfuerzo físico y por el frío, se acompaña de amortiguamiento y ansiedad, calma con reposo y compresas calientes.</p>

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Tos seca	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad,
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor muscular	ENDOCRINOLÓGICO: Hipotiroidismo

TEST DE HAMILTON

Nombre: B. T

Fecha: 24-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 12

TEST DE HAMILTON

Nombre: B. T

Fecha: 24-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

Yo D.P, con CI. 1715119713, Domiciliado en Quito norte de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE D.P

C.IDENTIDAD: 1715119713

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
D.	P.	03-07-1993	24	Masculino	Católico
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Quito Norte		Quito		0999777467	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Estudiante		Estudiante Universitario		1715119713	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Angustia
----------------------	----------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por cesarea	31-40 a	
6-10 a	Rinitis y asma	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	Apendicectomía	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	FUM	G	P
CICLOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	A	C
		HV	HM

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	
Padre: cáncer estómago					
Abuelo materno: cáncer de colon					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que hace 2 meses a raíz de una pérdida familiar (papa) se encuentra con decaimiento, falta de interés, problemas para dormir, pérdida de peso. Anteriormente presentó cuadros de ansiedad tratados con terapia psicológica.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Diarrea
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad, apatía.
MUSCULO ESQUELÉTICO: N.P.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: D.P.

Fecha: 13-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 13

TEST DE HAMILTON

Nombre: *D.P.*

Fecha: *13-12-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje: *7*

Yo G.G, con CI. 0202020-1, Domiciliado en Santa Maria de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar 1 capsula cada 8 hrs

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE G.G

C.IDENTIDAD: 0202020-1

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
G.	G.	07-01-1985	33	Masculino	Catolico
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Santa Maria		Quito		09 83918904	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleado Privado		Ingeniero Financiero		020210290-1	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Debilidad
----------------------	-----------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Parto normal (nacido)	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a		más 60 a	

AGO.									
MENARQUIA		FUM		G	P	A	C	HV	HM
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR							

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA		2. DIABETES		3. ENF.C. VASCULAR		4. HIPERTENSIÓN		5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS		7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN	✓	10. OTRO	
Hermano: Síndrome de Down									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que hace 2 semanas presenta cansancio permanente, problemas de concentración, cambios en el estado de ánimo, además de problemas digestivos como: vira greces teniendo como causa aparente problemas personales

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Faringitis	GASTROINTESTINAL: Nauseas y reflujo
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad, disminución del libido.
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de cuello y hombros	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: G. G

Fecha: 12-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: 6.6

Fecha: 12-12-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

Yo EC, con CI. 1707222285, Domiciliado en Chillogallo
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:
Tomar una cápsula cada ocho horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE EC

C. IDENTIDAD: 1707222285

FIRMA: Esther G. Andueza

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:

Glenda Montes de Oca



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
E	C	25-01-1965	52	Femenino	T. de Jehova
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Chillagallo, Buena Aventura		Quito		3097357	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleada Doméstica		Primaria		1707222285	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de cabeza
----------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	Migraña
6-10 a	Admigaalitis frecuentes	41-50 a	Síndrome del Anel Carpiaco
11-20 a	3 partos normales	51-60 a	Hipotiroidismo
21-30 a		más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	12 años	FUM	2014
CICLOS	—	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	—
		G	3
		P	3
		A	—
		C	—
		HV	3
		HM	—

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF.C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	
Mama: hipertensión					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que presenta dolor de cabeza que empezó hace 15 años, teniendo como causa aparente problemas familiares (esposo), actualmente el dolor ha empeorado para lo cual debe tomar medicina (Ibuprofeno) para sentir mejoría, al exponerse al frío y preocupaciones el dolor empeora. Mejora con el reposo.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: Infección vías urinarias	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor en articulaciones de muñecas	ENDOCRINOLÓGICO: Hipotiroidismo

TEST DE HAMILTON

Nombre: E.C.

Fecha: 30-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: E.C.

Fecha: 30-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 9

Yo JM, con CI. 1717624066, Domiciliado en La Honda 2
de la ciudad de Guato; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar una cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE JM

C. IDENTIDAD: 1717624066

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
V.	M.	10-11-1983	35	Masculino	Catolico
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
La Mena 2		Quito		0990406901	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Comerciante		Ing. Comercial		1717624066	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Diarrea y estreñimiento
----------------------	-------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nacio por cesarea	31-40 a	
6-10 a	Infecciones respiratorias frecuentes	41-50 a	
11-20 a	Gastroenteritis (fue hospitalizado)	51-60 a	
21-30 a		más 60 a	

AGO.									
MENARQUIA		FUM		G	P	A	C	HV	HM
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR							

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA		2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS		7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	
Mamá: diabetes									
Abuela materna: hipertensa									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente con problemas digestivos de varios años de evolución como: cólicos, aumento de gases, diarrea y estreñimiento. Desencadenados por el estrés y comidas grasas, hace una semana hay estreñimiento y dolor al realizar la deposición, ha estado tomando laxantes sin mejoría.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Estreñimiento
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Irritabilidad, ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de espalda	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: *V.M*

Fecha: *15-11-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *14*

TEST DE HAMILTON

Nombre: *V.M*

Fecha: *15-12-1217*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *8*

Yo J.T., con CI. 1722000922, Domiciliado en Chillogallo
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Temav 1 cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE J.T.

C. IDENTIDAD: 1722000922

FIRMA:

Janelle Tiqui

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:

Glenda Montes de Oca



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
J.	T	17-07-1984	33	Femenino	T. de Jehova
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Chilloqallo		Quito		0979787780	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleado Doméstica		Primaria		1722000422	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de vientre
----------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	Virus papiloma humano
6-10 a		41-50 a	
11-20 a	Colelap	51-60 a	
21-30 a	Hipotiroidismo	más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA	13 años	FUM	- 2017
CICLOS	Regulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Preservativos
			G - P - A - C - HV - HM -

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	<input type="checkbox"/>	4. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	5. CÁNCER	<input type="checkbox"/>
6. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	7. ENF MENTAL	<input type="checkbox"/>	8. ENF INFECCIOSA	<input type="checkbox"/>	9. MAL FORMACIÓN	<input type="checkbox"/>	10. OTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
Hermano: depresión					Papá: infarto				
Abuela materna: depresión					Mamá: Diabetes				

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente presenta dolor en el vientre tipo cólico que se irradia hacia región lumbar, se acompaña de secreción de mal olor, anteriormente recibió tratamiento para virus de papiloma humano, ha estado en controles periódicos. Molestias se incrementan a raíz de problemas personales.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Reflujo
GENITOURINARIO: Dispareunia	NEUROLÓGICO: Ansiedad, inestabilidad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor lumbar	ENDOCRINOLÓGICO: Hipotiroidismo

TEST DE HAMILTON

Nombre: JT

Fecha: 27-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: J.T

Fecha: 27-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 12

Yo J.O, con CI. 1735403875, Domiciliado en Solanda
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar 1 capsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE J.O

C. IDENTIDAD: 1735403875

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
J.	O.	17-02-1992	24	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Solanda, Sector 2.		Quito		0958879633	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Empleada Doméstica		Bachiller		1735403875	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de cabeza y náuseas
----------------------	---------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	
6-10 a	Rinitis y sinusitis.	41-50 a	
11-20 a	Aborto espontáneo	51-60 a	
21-30 a	Lipectomía	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	14 años	FUM	09-2017	G	2	P	1	A	1	C	-	HV	1	HM	-
CICLOS	Irregular	PLANIFICACIÓN FAMILIAR				Implante									

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF.C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	✓
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	✓
Tía materna: cáncer útero					
Padre: alcohólico					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que hace 6 meses presenta dolor de cabeza que se inicia en la frente y se irradia hacia la nuca, está desencadenado por ruidos fuertes y por el estrés, se acompaña de náusea y cambios de carácter, calma con analgésicos y con el reposo.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Dolor de garganta	GASTROINTESTINAL: Estreñimiento
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Apatía, Ansiedad, cambios de carácter
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de espalda	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: J.O

Fecha: 10-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: J.O

Fecha: 10-12-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

Yo MVDC, con CI. 0801328832, Domiciliado en CONOCOTO
de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR 1 CAPSULA CADA 8 HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE MVDC

C. IDENTIDAD: 0801328832

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
M.	D.	30-09-1966	51	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Concepción		Quito		0996955144	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Comerciante		Bachiller		0801328832	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Taquicardia
----------------------	-------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nacido por parto normal	31-40 a	
6-10 a	Asma	41-50 a	Apendicectomía
11-20 a		51-60 a	
21-30 a		más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	13 años	FUM	2015	G	1	P	1	A	-	C	-	HV	1	HM	-
CICLOS	-		PLANIFICACIÓN FAMILIAR				-								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO				
Madre: hipertensa									
Abuelo paterno: Cáncer de próstata									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere ansiedad de varios años de evolución, aparentemente desencadenado por estrés, desde hace una semana molestias se incrementan, acompañado de dolor de cabeza, sensación de ahogo y taquicardia.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Taquicardia	GASTROINTESTINAL: Reflujo
GENITOURINARIO: Dolor al orinar y aumento de la frecuencia urinaria	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de cuello y hombros	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: M.D

Fecha: 14 - noviembre - 2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.				✓	
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.		✓			
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.		✓			
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					✓
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).		✓			
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.		✓			
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).		✓			
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.			✓		
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		✓			
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).		✓			
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.				✓	

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: M.D

Fecha: 14- diciembre-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

Yo S.C., con CI.: 180082786-5, Domiciliado en El Bosque de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar una cápsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE S.C.C

C.IDENTIDAD: 180082786-5

FIRMA:

[Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:

[Firma]



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
S.	C.C	23 - 04 - 1953	65	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Pinar Alto, El Bosque		Quito			
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Docente		Lcda. Literatura		180082786-5	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Malestar general
----------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parte normal	31-40 a	Extracción de molares
6-10 a		41-50 a	
11-20 a	Cesarea	51-60 a	Ca. mama
21-30 a	Cesarea	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	12 años	FUM	2000	G	2	P	-	A	-	C	2	HV	2	HM	-
CICLOS			PLANIFICACIÓN FAMILIAR												

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER					
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO					
Mama: Tuberculosis pulmonar									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente indica que desde hace 1 mes presenta problemas para dormir teniendo como causa aparente la muerte de un familiar, además se acompaña de problemas para dormir, pérdida de apetito. Ha estado tomando por su cuenta medicina natural (valeriana) con lo cual puede dormir mejor.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Nauseas
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad, insomnio
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de columna	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: S.G.C

Fecha: Agosto, 30 - 10 / 2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.				✓	
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.			✓		
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.		✓			
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					✓
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.			✓		
6 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					✓
7 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.				✓	
8 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.				✓	
9 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina). Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					✓
10					✓

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: S.C.C.

Fecha: Quito, 30-11/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 9

Yo R.A., con CI. 1719094086, Domiciliado en Baton de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar una capsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE R.A.

C. IDENTIDAD: 1719094086

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
R.	Q.	13-02-1962	55	Masculino	Catolico
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
El Batañ		Quito		2346438	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Comerciante		Bachiller		1719094086	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Malestar general
----------------------	------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nacido por parto normal	31-40 a	
6-10 a	Apendicectomía	41-50 a	Hemorroides
11-20 a		51-60 a	
21-30 a		más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA		FUM	
		G	P
		A	C
		HV	HM
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	<input type="checkbox"/>	4. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	5. CÁNCER	<input type="checkbox"/>
6. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	7. ENF MENTAL	<input checked="" type="checkbox"/>	8. ENF INFECCIOSA	<input type="checkbox"/>	9. MAL FORMACIÓN	<input type="checkbox"/>	10. OTRO	<input type="checkbox"/>
Papa: infarto									
Tío materno: esquizofrenia									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde hace 1 año presenta malestar general, debilidad, dolor de pecho, dificultad para respirar, estos síntomas aumentan con el estrés, calma con el reposo. Actualmente no toma ninguna medicina.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: Taquicardia	GASTROINTESTINAL: Nausea
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Insomnio, Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de cuello	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: R. Q.

Fecha: 11-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.		X			
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.		X			
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	X				
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.			X		
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	X				
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.		X			
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.			X		
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).			X		
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.		X			
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	X				
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.		X			
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		X			
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).		X			
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.		X			

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: R.Q.

Fecha: 12-12-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 10

Yo C.A, con CI. 0704637297, Domiciliado en Pinar Alto de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Tomar 1 cápsula c/8 horas.

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE C.A.

C. IDENTIDAD: 0704637297

FIRMA:

Cristina Acuña

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:

Glenda



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
C.	A.	18 - 06 - 1988	29	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Pinar Alto		Quito		0991781919	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Cosmiatra		Cosmiatra		0704637297	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Cólicos menstruales
----------------------	---------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por cesarea	31-40 a	
6-10 a	Rinitis	41-50 a	
11-20 a	Acne	51-60 a	
21-30 a	3 abortos	más 60 a	

AGO.			
MENARQUIA	12 años	FUM	
CICLOS	Irregulares	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Hormonal (pastillas)

3 ANTECEDENTES FAMILIARES										
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER				
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO				
Papa: diabetes					Tío paterno: cáncer de prostata					
Mama: hipertensa										

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde la primera menstruación ha presentado cólicos de gran intensidad, hemorragia abundante que dura aproximadamente 10 días en la adolescencia recibió tratamiento con anti-conceptivos (no especifica enfermedad). Hace 8 años tuvo 2 abortos consecutivos por lo que se realiza exámenes médicos en los que se evidencia múltiples quistes en los ovarios.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Gastritis
GENITOURINARIO: Hipermenorrea, dismenorrea	NEUROLÓGICO: Ansiedad.
MUSCULO ESQUELÉTICO: N.P.	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: C.A.

Fecha: 30-Oct-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.				✓	
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.				✓	
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		✓			
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.				✓	
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.			✓		
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.			✓		
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.		✓			
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).		✓			
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.			✓		
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).			✓		
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.			✓		
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.			✓		
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).			✓		
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.				✓	
14					

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: C. A.

Fecha: 30 - Nov. - 2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: 11

Yo LV, con CI. 170108399-8, Domiciliado en Amaguana
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:
Tomar 1 capsula 4 8 Horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE LV

C. IDENTIDAD: 170108399-8 FIRMA: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9 FIRMA: [Firma]



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
L.	V.	30 - 09 - 1949	68	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
Amaguaña		Quito			
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Comerciante		Bachiller		170108399-8	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Dolor de huesos
-----------------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	
6-10 a	Asma	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	Hipertensión,
21-30 a	2 abortos	más 60 a	Osteoporosis
AGO.			
MENARQUIA	15 años	FUM	2002
CICLOS	—	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	—
		G	2
		P	—
		A	2
		C	—
		HV	—
		HM	—

3 ANTECEDENTES FAMILIARES					
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL	8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	
Mamá y abuela materna: hipertensas					
Padre: alcohólico					

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente presenta dolor de huesos de unos 5 años de evolución, localizado en codos, muñecas y rodillas, dolor aumenta con el frío y al realizar actividades físicas, calma con analgesias y con reposo. Hace 3 años fue diagnosticada de osteoporosis, ha permanecido en tratamiento hasta la actualidad.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Estreñimiento
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor muscular y articular	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: *LV*

Fecha: *13-11-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.			X		
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.				X	
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.		X			
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.				X	
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					X
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.				X	
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).				X	
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.		X			
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.				X	
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).				X	
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					X

Puntaje: *14*

TEST DE HAMILTON

Nombre: *LV*

Fecha: *13-12-2017*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje: *12*

Yo P. C., con CI. 1705768262. Domiciliado en ARMENIA
de la ciudad de ARMENIA; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatía, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

tomar c/8 horas

TOMAR UNA CÁPSULA CADA 8 HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE P. C.

C. IDENTIDAD: 1705768262

FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
R.	C.	16-05-1967	50	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
La Armenia		Quito		2845320	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Q.Q. D.D.		Bachiller		1705768362	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Calor y sudor
----------------------	---------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	Cesarea
6-10 a	Fractura de antebrazo	41-50 a	
11-20 a		51-60 a	
21-30 a	Hipotiroidismo	más 60 a	

AGO.															
MENARQUIA	13 años	FUM	2016	G	3	P	2	A	-	C	1	HV	3	HM	-
CICLOS	-	PLANIFICACIÓN FAMILIAR				-									

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA		2. DIABETES		3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPERTENSIÓN		5. CÁNCER	
6. TUBERCULOSIS		7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	✓
Madre y hermana: hipotiroidismo									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde hace 6 meses presenta sensación de calor y sudoración por las noches, además hay cambios de carácter, miedos y angustia, tiene como causa aparente suspensión de la menstruación hace 1 año. Paciente estuvo tomando hormonas por su propia cuenta por aproximadamente 6 meses, pero al no haber mejoría suspende.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: Secreción sin olor	NEUROLÓGICO: Depresión, ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de muñecas	ENDOCRINOLÓGICO: Hipotiroidismo

TEST DE HAMILTON

Nombre: R.C

Fecha: 30-10-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.			✓		
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.		✓			
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		✓			
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.				✓	
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.			✓		
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.			✓		
Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.			✓		
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).		✓			
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.			✓		
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).		✓			
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.			✓		
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.			✓		
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).			✓		
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.			✓		

Puntaje: 13

TEST DE HAMILTON

Nombre: R.C

Fecha: 30-11-2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.		✓			
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.		✓			
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		✓			
3 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.			✓		
4 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.			✓		
5 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.			✓		
6 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.			✓		
7 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).		✓			
8 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.		✓			
9 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).		✓			
10 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.		✓			
11 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		✓			
12 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).		✓			
13 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.		✓			
14					

Puntaje: 10

Yo J.V, con CI. 1722435128, Domiciliado en SAN RAFAEL
de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

TOMAR UNA CAPSULA CADA 8 HORAS

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE J.V

C. IDENTIDAD: 1722435128

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA: 



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
J.	V.	22 - 10 - 1996	21	Masculino	Catolica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
San Rafael		Quito		0984582787	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Estudiante		Estudiante		1722435128	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Aumento de peso
----------------------	-----------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS	
0-5 a	Sinusitis	31-40 a	
6-10 a		41-50 a	
11-20 a	Obesidad, depresión	51-60 a	
21-30 a		más 60 a	
AGO.			
MENARQUIA		FUM	
CICLOS		PLANIFICACIÓN FAMILIAR	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES			
1. CARDIOPATÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input type="checkbox"/>
3. ENF. C. VASCULAR	<input type="checkbox"/>	4. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
5. CÁNCER	<input type="checkbox"/>	6. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>
7. ENF MENTAL	<input checked="" type="checkbox"/>	8. ENF INFECCIOSA	<input type="checkbox"/>
9. MAL FORMACIÓN	<input type="checkbox"/>	10. OTRO	<input type="checkbox"/>
Papa: Depresión			
Abuelo paterno: infarto y obesidad			

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que desde los 12 años presentó aumento de peso que no correspondía a la talla ni a la edad, fue valorado por algunos médicos, quienes descartaron un problema hormonal, tiene deseos por comer constantemente y predilección por la comida chatarra, ha estado con nutricionistas, sin embargo no ha podido bajar de peso.

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: Aumento de gases
GENITOURINARIO: N.P.	NEUROLÓGICO: Depresión, ansiedad
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor de rodillas	ENDOCRINOLÓGICO: N.P.

TEST DE HAMILTON

Nombre: JV

Fecha: 15/10/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.			X		
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.			X		
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.			X		
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.			X		
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.		X			
6 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).			X		
7 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.				X	
8 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		X			
9 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina). Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.			X		
10				X	

Puntaje: 14

TEST DE HAMILTON

Nombre: IV

Fecha: 13/11/2017

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.		X			
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.			X		
2 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.				X	
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.		X			
3 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.			X		
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.				X	
4 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.		X			
5 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).			X		
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.				X	
6 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					X
7 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.			X		
8 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		X			
9 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).				X	
10 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					X

Puntaje: 9

Yo T. d., con CI. 170209399-8, Domiciliado en La Morice
de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
autorizo a Glenda Montes de Oca, estudiante de Naturopatia, para la administración de
cápsulas de Toronjil (500 mg), vía oral, cada 8 horas por 30 días, previo a lo cual

SI NO me indicó que el tratamiento consiste en:

Toronjil una capsula cada 8 horas

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una
prolongación del tratamiento programado inicialmente.

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 que esperados con el procedimiento terapéutico,
ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

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

NOMBRE DEL PACIENTE T. d.

C. IDENTIDAD: 170209399-8

FIRMA:



NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Glenda Montes de Oca.

C. IDENTIDAD: 171932488-9

FIRMA:





**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.**

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

DEPARTAMENTO MEDICO

FICHA MEDICA

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RELIGIÓN
T.	L.	08-06-1959	58	Femenino	Católica
DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO	
La Mexico		Quito		0998189734	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		C. I.	
Secretaria		Secretaria Ejecutiva		170209399-8	

1 MOTIVO DE CONSULTA	Cambios en el estado de ánimo
----------------------	-------------------------------

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLINICOS-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS							
0-5 a	Nació por parto normal	31-40 a	3 abortos espontáneos						
6-10 a		41-50 a	Parto normal, quiste ovario izq						
11-20 a		51-60 a	Hipertensión						
21-30 a	2 partos normales	más 60 a							
AGO.									
MENARQUIA	14 años	FUM	2007	G 6	P 3	A 3	C -	HV 3	HM -
CICLOS	-		PLANIFICACIÓN FAMILIAR		Ligadura				

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER			
6. TUBERCULOSIS	7. ENF MENTAL		8. ENF INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO			
Papa: hipertenso									
Hermano: diabetes									

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente acude con familiares quienes indican que hace 3 meses paciente se encuentra decaída, sentimientos de tristeza permanentes, dolor muscular. En exámenes médicos realizados encuentran baja de niveles hormonales, compatibles con menopausia; además encuentran un quiste gigante en el ovario izquierdo

5 REVISIÓN DE SISTEMAS	
CARDIOPULMONAR: N.P.	GASTROINTESTINAL: N.P.
GENITOURINARIO: Resequedad vaginal	NEUROLÓGICO: Ansiedad, depresión, irritabilidad.
MUSCULO ESQUELÉTICO: Dolor articular	ENDOCRINOLÓGICO: Menopausia

TEST DE HAMILTON

Nombre: T. L.

Fecha: 15-11-17

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.			X		
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.			X		
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.			X		
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido,			X		
4 sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.			X		
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.			X		
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los			X		
6 pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.			X		
Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos			X		
7 musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.			X		
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa,			X		
8 oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).			X		
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor			X		
9 precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.			X		
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho),			X		
10 sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).			X		
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia,			X		
11 dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.			X		
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente,			X		
12 amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.			X		
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de			X		
13 enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).			X		
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o			X		
14 intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.			X		

Puntaje: 13

TEST DE HAMILTON

Nombre: *A.L.*

Fecha: *15-12-17*

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.		X			
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.		X			
3 Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		X			
4 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	X				
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.		X			
6 Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.		X			
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.		X			
8 Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).		X			
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.		X			
10 Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).		X			
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.		X			
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.		X			
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, efectismo piloso (piel de gallina).		X			
14 Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.		X			

Puntaje: *7*