

Cuestionario de Salud

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

*Por favor marque el número apropiado "0-3" en todas las preguntas a continuación. 0 como menos/nunca al 3 como mas/siempre.

SECCION A

- A disminuido su memoria notablemente? 0 1 2 3
- Está teniendo problemas recordando nombres y números de teléfono? 0 1 2 3
- A disminuido su capacidad para centrarse notablemente? 0 1 2 3
- Se le dificulta mas aprender cosas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene problemas para recordar sus citas? 0 1 2 3
- Esta su temperamento empeorando en general? 0 1 2 3
- Está perdiendo su capacidad de poner atención? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia te encuentras desanimado/a o triste? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia le fatiga al conducir en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia le fatiga la lectura, en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia entra usted a un cuarto y se le olvida por qué? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia recoge su teléfono celular y se le olvida por qué? 0 1 2 3

SECCION B

- Que tan alto es su nivel de estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que tiene algo que se debe hacer? 0 1 2 3
- Siente que nunca tiene tiempo para si mismo/a? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no está durmiendo o descansando lo suficiente? 0 1 2 3
- Le resulta difícil hacer ejercicio con regularidad? 0 1 2 3
- Se siente desamparada/o por la gente en su vida? 0 1 2 3
- Siente que no están cumpliendo el propósito de su vida? 0 1 2 3
- Es difícil para usted compartir sus problemas con alguien? 0 1 2 3

SECCION C

SECTION C1

- Con qué frecuencia se irrita, siente temblores o mareos entre las comidas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente con energía después de comer? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultad comiendo comidas grandes en la mañana? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia disminue su nivel de energía en la tarde? 0 1 2 3
- Cuántas veces se te antoja el azúcar y los dulces en la tarde? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se despierta a media noche? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse antes de comer? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia depende del café para seguir su día? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia te sientes nervioso, alterado y nervioso con facilidad entre las comidas? 0 1 2 3

SECTION C2

- Se fatiga después de las comidas? 0 1 2 3
- Se te antoja el azúcar y los dulces después de las comidas? 0 1 2 3
- Siente usted que necesita estimulantes como el café después de comer? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para perder peso? 0 1 2 3
- Cuánto más grande es tu cintura en comparación con sus caderas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia usted orina? 0 1 2 3
- Ah tenido usted aumento en sed y apetito? 0 1 2 3
- Tiene usted aumento de peso cuando están bajo estrés? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para conciliar el sueño? 0 1 2 3

SECCION 1

- Está perdiendo su placer en pasatiempos e intereses? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente abrumado con las ideas para manejar? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tienen sentimientos de ira interna (coraje)? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de paranoia? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente desanimado/a o triste sin razón? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no está disfrutando de la vida? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que le falta la apreciación artística? 0 1 2 3

SECCION 1 (CONTINUAR)

- Con qué frecuencia se siente deprimido en un día nublado? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo su entusiasmo por sus actividades favoritas? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo el disfrute de sus alimentos favoritos? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo su disfrute de las amistades y las relaciones? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene dificultades para quedarse en un sueño profundo y reparador? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que depende de otros? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se siente más sensible al dolor? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de ira sin provocación? 0 1 2 3
- Cuánto está perdiendo interés en la vida? 0 1 2 3

SECCION 2

- Con qué frecuencia tiene sentimientos de desesperanza? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene pensamientos destructivos? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene una incapacidad para manejar el estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente ira y agresión, mientras esta bajo estrés? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que no descansó ni siquiera después de largas horas de dormir? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia prefiere usted aislarse de los demás? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente inexplicable falta de preocupación por la familia y amistades? 0 1 2 3
- Con qué facilidad se le distrae de sus tareas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene una incapacidad de terminar tareas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente la necesidad de consumir cafeína para mantenerse alerta/o? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente que su libido se ha disminuido? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia pierde usted la calma por razones de menor importancia? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tienen sentimientos de inutilidad? 0 1 2 3

SECCION 3

- Con qué frecuencia se siente ansioso o siente pánico sin motivo? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de temor o de muerte inminente? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia sientes nudos en el estómago? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de estar abrumado por ninguna razón? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de culpa por las decisiones cotidianas? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia siente usted inquietud en su mente? 0 1 2 3
- Es difícil apagar su mente cuando usted quiere relajarse? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene la atención desorganizada? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia se preocupa por cosas por las cuales no se preocupaba anteriormente? 0 1 2 3
- Con qué frecuencia tiene sentimientos de tensión interior y de excitabilidad interior? 0 1 2 3

SECCION 4

- Siente que su memoria visual (formas e imágenes) ha disminuido? 0 1 2 3
- Siente que su memoria verbal ha disminuido? 0 1 2 3
- Tiene fallos de memoria? 0 1 2 3
- Ha disminuido su creatividad? 0 1 2 3
- Ha disminuido su comprensión? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para calcular los números? 0 1 2 3
- Tiene dificultad para reconocer objetos y rostros? 0 1 2 3
- Siente como que su opinión acerca de si mismo ha cambiado? 0 1 2 3
- Está orinando con exceso? 0 1 2 3
- Está experimentando respuesta mental más lenta? 0 1 2 3

Antecedentes de Medicamentos*

Por favor marque cualquiera de los siguientes medicamentos que ha tomado o está tomando actualmente.

Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants (NaSSAs)

- Remeron®
- Zispin®
- Avanza®
- Norset®
- Remergil®
- Axit®

Tricyclic Antidepressants (TCAs)

- Elavil®
- Endep®
- Tryptanol
- Trepiline®
- Asendin®
- Asendis®
- Defanyl®
- Demolox®
- Moxadil®
- Anafranil®
- Norpramin®
- Pertofranc®
- Prothiaden®
- Adapin®
- Sinequan®
- Tofranil®
- Janamine®
- Gamanil®
- Aventyl®
- Pamelor®
- Opipramol®
- Vivactil®
- Rhotrimine®
- Surmontil®

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

- Paxil®
- Zoloft®
- Prozac®
- Celexa®
- Lexapro®
- Luvox®
- Cipramil®
- Emocal®
- Seropram®
- Cipralext®
- Fontex®
- Dapoxetine
- Seromex®
- Seronil®
- Sarafem®
- Fluctin®
- Faverin®
- Seroxat
- Aropax®
- Deroxat®
- Rexetin®
- Paroxat®
- Lustral®
- Serlain®

Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

- Effexor®
- Pristiq®
- Meridia®
- Serzone®
- Dalcipran®
- Desipramine
- Duloxetine

Selective Serotonin Reuptake Enhancers (SSREs)

- Stablon®
- Coaxil®
- Tatinol®

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

- Marplan®
- Aurorix®
- Manerix®
- Moclodura®
- Nardil®
- Adeline®
- Eldepryl®
- Azilect®
- Marsilid®
- Iprozid®
- Ipronid®
- Rivivol®
- Zyvox®
- Zyvoxid®

Dopamine Receptor Agonists

- Mirapex®
- Sifrol®
- Requip®

Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitors (NDRI)

- Wellbutrin XL®

D2 Dopamine Receptor Blockers (antipsychotics)

- Thorazine®
- Prolixin®
- Trilafon®
- Compazine®
- Mellaril®
- Stelazine®
- Vesprin®
- Nozinan®
- Depixol®
- Navane®
- Fluanxol®
- Clopixol®
- Acuphase®
- Haldol®
- Orap®
- Clozaril®
- Zyprexa®
- Zydis®
- Seroquel XR®
- Geodon®
- Solian®
- Invega®
- Abilify®

GABA Antagonist Competitive Binder

- Flumazenil

Agonist Modulators of GABA Receptors (benzodiazepines)

- Xanax®
- Lexotanil®
- Lexotan®
- Librium®
- Klonopin®
- Valium®
- ProSom®
- Rohypnol®
- Dalmane®
- Ativan®
- Loramet®
- Sedoxil®
- Dormicum®
- Serax®
- Restoril®
- Halcion®

Agonist Modulators of GABA Receptors (nonbenzodiazepines)

- Ambien CR®
- Sonata®
- Lunesta®
- Imovane®

Acetylcholine Receptor Antagonists Antimuscarinic Agents

- Atropine
- Ipratropium
- Scopolamine
- Tiotropium

Acetylcholine Receptor Antagonists Ganglionic Blockers

- Mecamylamine
- Hexamethonium
- Nicotine (high doses)
- Trimethaphan

Acetylcholine Receptor Antagonists Neuromuscular Blockers

- Atracurium
- Cisatracurium
- Doxacurium
- Metocurine
- Mivacurium
- Pancuronium
- Rocuronium
- Succinylcholine
- Tubocurarine
- Vecuronium
- Hemicholinium

Acetylcholinesterase Reactivators

- Pralidoxime

Cholinesterase Inhibitors (reversible)

- Donepezil
- Galantamine
- Rivastigmine
- Tacrine
- THC
- Carbamate Insecticides
- Edrophonium
- Neostigmine
- Physostigmine
- Pyridostigmine

Cholinesterase Inhibitors (irreversible)

- Echothiophate
- Isoflurophate
- Organophosphate Insecticides
- Organophosphate-containing nerve agents

**Por favor refiérase al médico que le dio su receta para las interacciones nutricionales con cualquier medicamento que esté tomando.