

CUESTIONARIO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

SUEÑO

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Para permitirnos encontrar un remedio homeopático apropiado, necesitamos que registre aquí de forma precisa todos los cambios de como Ud se siente que han surgido durante la enfermedad actual. Para hacer esto:

1) Abajo, escriba los síntomas principales que ha notado con su enfermedad:

SÍNTOMAS PRINCIPALES (por ejemplo: dificultad en caer dormido, despierta a las 2 a.m., no puede volver a dormirse después de despertarse)

2) Subraye abajo cualquier cosa que se aplique a su caso durante su enfermedad.

Por ejemplo: Si se siente peor cuando suda, marque: durante/después sudoración mejor/peor

AIRE LIBRE, CLIMA, TEMPERATURA, ABRIGO

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| . Aire libre | deseo/aversión |
| . Tiempo frío | mejor/peor |
| . Tiempo cálido | mejor/peor |
| . Tiempo húmedo | mejor/peor |
| . Tiempo seco | mejor/peor |
| . Frío en general, estar expuesto al | mejor/peor |
| . Calor en general | mejor/peor |
| . Enfriándose | mejor/peor |
| . Abriéndose caliente | mejor/peor |
| . Destapándose | mejor/peor |
| . Habitación caliente | mejor/peor. |
| . Entrando en calor en la cama | mejor/peor |
| . Durante/después de sudar | mejor/peor. |
| . Compresas húmedas en el cuerpo | mejor/peor |
| . Mojándose | peor |
| . Corriente de aire/viento | peor |
| . Acalorándose/sudando | quiere destaparse |
| . Acalorándose/sudando | quiere seguir tapado |

POSICIÓN

- | | |
|-----------------------------|------------|
| . Echado de espalda | mejor/peor |
| . Echado de lado | mejor/peor |
| . Echado del lado dolorido | mejor/peor |
| . Cambio de posición | mejor/peor |
| . Sentado derecho, estirado | mejor/peor |

MOVIMIENTO, EJERCICIO, DESCANSO

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| . Respirando profundo | mejor/peor |
| . Esfuerzo mental | mejor/peor |
| . Descansando | mejor/peor |
| . Ejercicio físico | mejor/peor |
| . Sed | sediento/ausencia de sed |
| . Apetito | hambriento/pérdida de apetito |
| . Después de comer | mejor/peor |
| . Comida y bebida fría | mejor/peor |
| . Comida y bebida caliente | mejor/peor |
| . Después de beber | mejor/peor |
| . Agua fría | mejor/peor |

SUEÑO

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| . Cayendo dormido, tarde | |
| . Síntomas que le impiden caer dormido | |
| . Sueño | ansioso/tranquilo/profundo/
comatoso/estupefacto/ desper-
tando demasiado tarde/ no re-
parador/inquieto |
| . Insomnio | antes/después de medianoche |
| . Insomnio | con somnolencia |
| . Insomnio | causado por otros síntomas |
| . Somnolencia | causada por trastornos |
| . Despierta frecuente durante la noche | |
| . Despierta demasiado temprano | |
| . Incapaz de caer dormido una vez que se despierta | |
| . Somnolencia | durante el día
por la mañana
antes del mediodía
después de mediodía
por la tarde |
| . Excesiva necesidad de dormir | |
| . Adormecido, somnoliento | |
| . Bostezos | |
| . Falta de sueño | peor |
| . Después de acostarse | mejor/peor |
| . Mientras se queda dormido | mejor/peor |
| . Durante el sueño | mejor/peor |
| . Mientras se despierta | mejor/peor |
| . Dentición en niños | niño se siente peor |
| . Cabeza fría | peor |
| . Embarazo | peor |
| . Menstruación, peor: | antes
al comienzo
durante
después |
| . Luna llena/ nueva | peor |
| . Ira, enfado | peor |
| . Pena y tristeza | peor |
| . Insulto, humillación | peor |
| . Rabia | peor |
| . Susto, ansiedad, miedo | peor |

SENSACIÓN

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| . Palpitaciones del corazón | |
| . Respiración | ansiosa |
| . Dentro del cuerpo | sensación de plenitud |
| . Calambres | dentro del cuerpo |
| . Tacto | mejor/peor |
| . Presión externa | mejor/peor |
| . Frotar/masaje | mejor/peor |
| . Estornudos | mejor/peor |

SUEÑOS TÍPICOS

- . Sueños ansiosos
- . Sueños placenteros
- . Sueños persistentes

ESTADO DE LA MENTE

- | | |
|-------------------|------------|
| . Irritable/dócil | |
| . Triste/Feliz | |
| . Estando solo | mejor/peor |

MAS SÍNTOMAS NO MENCIONADOS EN EL CUESTIONARIO
