



REGISTRO BIOSINÁPTICO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE HOY: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ PESO: _____ KG.

ALTURA: _____ MTS.

¿UTILIZA MARCAPASO U OTRO DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DENTRO DE SU CUERPO?

SÍ NO

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES

TRASTORNOS EMOCIONALES (MARQUE LA/S QUE CORRESPONDA/N)

DEPRESIÓN ANSIEDAD ESTRÉS EXTREMO

BIPOLARIDAD ESQUIZOFRENIA INSOMNIO CRÓNICO

CEFALEA DOLOR FACIAL AUSENCIAS

CONVULSIONES TEMBLORES ALUCINACIONES

CAMBIO DE PERSONALIDAD ALTERACIONES DE LA MEMORIA

OTROS

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:



CUÁNTOS: _____ NOMBRE (S): _____

DOSIS: _____

LA ÚLTIMA DESDE CUÁNDO: _____

MEDICAMENTOS RECETADOS QUE OMITA: _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

CÁNCER: _____ QUÉ PARENTESCO: _____

DIABETES: _____ QUÉ PARENTESCO: _____

HIPERTENSIÓN: _____ QUÉ PARENTESCO: _____

ENFERMEDADES CARDÍACAS: _____

QUÉ PARENTESCO: _____

OTRAS: _____

QUÉ PARENTESCO: _____

ALIMENTACIÓN:

Nº DE COMIDAS AL DÍA: _____ HORARIOS: _____

¿TOMA SUPLEMENTOS? _____ ¿CON QUÉ FRECUENCIA? _____

ALIMENTOS PREFERENTES: _____

ALIMENTOS QUE LE HAGAN DAÑO: _____

¿CONSUME AGUA? _____ ¿EN QUÉ CANTIDAD AL DÍA? _____

INTOLERANCIA A QUÉ ALIMENTO/S: _____



HÁBITOS DEL SUEÑO:

¿A QUÉ HORA SE DUERME? _____ ¿CUÁNTAS HORAS DUERME? _____

AL LEVANTARSE, ¿SIENTE DESCANSO O CANSANCIO? _____

PADECE:

INSOMNIO SOMNOLENCIA PESADILLAS

¿CON QUÉ FRECUENCIA LAS PADECE? _____

¿SE DUERME INMEDIATAMENTE AL ACOSTARSE? SÍ NO

¿DESPIERTA CON FACILIDAD? SÍ NO ¿SUELE TENER SUEÑOS? SÍ NO

¿LOS RECUERDA? SÍ NO

CIRUGÍAS: SÍ NO

¿CUÁLES? _____

¿POR QUÉ? _____

FECHA DE LA ÚLTIMA: _____

¿SIENTE ALGÚN DOLOR EN EL CUERPO? SÍ NO

¿DÓNDE? _____

¿QUÉ INTENSIDAD? MUY FUERTE FUERTE MODERADO BAJO

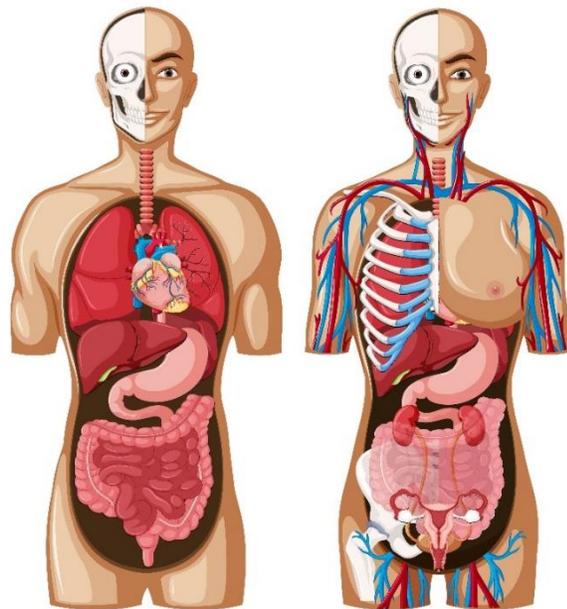
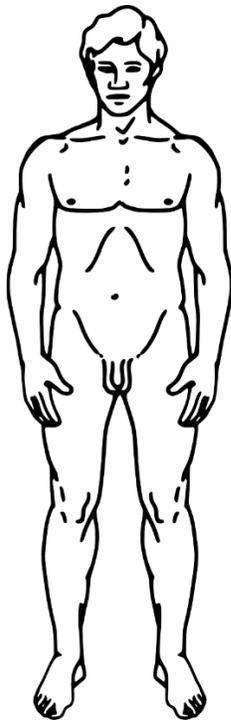
¿CON QUÉ FRECUENCIA? TODOS LOS DÍAS CADA SEMANA A VECES

¿ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR? _____



PARTES DEL CUERPO U ÓRGANOS AFECTADOS:

Nota: En las imágenes de abajo el Terapeuta Biosináptico, puede poner una o varias marcas en las zonas afectadas:





LISTA DE EMOCIONES NEGATIVAS QUE SIENTE EL CONSULTANTE A CAUSA DE SU SÍNTOMA/DOLENCIA/ENFERMEDAD:

LISTA DE ÓRGANOS Y SU CONTRAPARTE EMOCIONAL PRIMARIA:

Corazón e intestino delgado: Alegría o falta de ella

Hígado y vesícula: Rabia, ira, rencor

Bazo: Obsesión

Estómago y páncreas: Estrés, ansiedad

Pulmones, piel y colon: Tristeza

Riñón, vejiga y suprarrenales: Miedo



LISTA DE DOLORES HABITUALES Y SU CONTRAPARTE EMOCIONAL PRIMARIA:

Cabeza: Carga de la vida diaria y la rutina, estrés, desvalorización intelectual.

Ojos: Lo que no quiero ver y veo, lo que quiero ver y no veo.

Oídos: Lo que no quiero escuchar y escucho, lo que quiero escuchar y no escucho.

Boca: Lo que quiero decir y no digo, lo que no quiero decir y digo.

Cuello: Culpa y discriminación hacia uno mismo.

Hombros: Lo que nos exigimos a nosotros mismos, carga pesada.

Espalda alta: Falta de apoyo emocional.

Espalda media: Culpa, anclaje al pasado.

Espalda baja: Problemas financieros.

Codos: Resistencia a los cambios.

Manos: Dificultad para entablar conexiones afectivas con los demás, falta de amistades.

Caderas: Miedo al cambio (de hogar, trabajo, actitud, etc.)

Rodillas: Terquedad, problemas con el ego, rendirse a la fuerza.

Pantorrillas (gemelos): Estrés, celos, resentimiento.

Pies: Lo que me impide avanzar en la vida, no saber dónde me dirijo en la vida.

MUJER

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

EDAD DEL PRIMER SANGRADO MENSTRUAL: _____

CADA CUÁNTOS DÍAS BAJA EL PERÍODO: _____

¿ES REGULAR O IRREGULAR EL CICLO MENSTRUAL?



REGULAR IRREGULAR

¿HA TENIDO ALGÚN ABORTO? SÍ NO

EN CASO DE TENER HIJOS, ¿CÓMO FUE EL PARTO? NATURAL CESÁREA

PROBLEMAS DE EMBARAZO: _____

MENOPÁUSEA: SÍ NO PROBLEMAS MENSTRUALES: SÍ NO

CUÁLES: _____

ALGÚN PADECIMIENTO ACTUAL: _____

NOTAS: