

CUESTIONARIO PARA ENFERMEDADES AGUDAS VIAS AÉREAS

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: tos asfixiante, respiración difícil con ejercicio, moco verde...)

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	mejor/peor
. Aire libre	deseo/aversión
. Tiempo frío	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
. Abrigándose caliente	mejor/peor
. Destapándose	mejor/peor
. Habitación caliente	mejor/peor.
. Durante/después de sudar	mejor/peor.
. Compresas húmedas	
en el cuerpo	mejor/peor

POSICIÓN

. Posición echada	mejor/peor
. Echado de espalda	mejor/peor
. Sentado	mejor/peor
. Sentado doblado hacia delante	mejor/peor
. De pie	mejor/peor
. De pie doblado hacia delante	mejor/peor
. Músculos	flojos/tensos

MOVIMIENTO, EJERCICIO, DESCANSO

. Movimiento	deseo/aversión
. Movimiento	mejor/peor
. Caminando	mejor/peor
. Pisando fuerte	mejor/peor
. Esfuerzo mental	mejor/peor
. Descansando	mejor/peor

COMER, BEBER, HABLAR

. Tragando	mejor/peor
. Durante/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
. Sed	sediento/ausencia de sed
. Apetito	hambre/falta de apetito
. Saliva	más/menos
. Hablando	mejor/peor

SUEÑO

. Después de tumbarse	mejor/peor
. Mientras se queda dormido	mejor/peor
. Durante el sueño	mejor/peor
. Mientras se despierta	mejor/peor
. Mientras/después de levantarse de la cama	mejor/peor

RESPIRACIÓN/TOS

. Respiración	más rápida/más lenta
. Inhalando	mejor/peor
. Exhalando	mejor/peor
. Respirando profundo	mejor/peor
. Tos, con moco	por la mañana, no por la tarde
. Tos, con moco	por la tarde, no por la mañana
. Tos, con moco	por el día, no de noche
. Tos, con moco	noche, no de día

LADO

. Lado en general	izquierdo/derecho
-------------------	-------------------

SENSACIÓN

. Tacto	mejor/peor
. Presión externa	mejor/peor
. Frotar/masaje	mejor/peor
. Estornudando	mejor/peor
. Olfato	perdido/débil/disminuido/ hipersensible

ESTADO DE LA MENTE

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