

Otro Especificar:	<input type="checkbox"/>															
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

D. PRÁCTICAS PERSONALES QUE PROMUEVAN EL BIENESTAR. ADEMÁS DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRESCRIBEN LOS MÉDICOS ALGUNAS PERSONAS SUELEN UTILIZAR DIFERENTES TIPOS DE PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA SALUD. HA REALIZADO ALGUNA DE ÉSTAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

En los últimos 12 meses ¿ha realizado prácticas personales como?	Si	No	No. de veces en los últimos 3 meses?	Cuál fue el motivo principal por el que Ud. realizó la práctica _____ por última vez?				Cuan beneficioso le resultó la realización de la práctica _____? ¿Diría que....?								
				Por un problema de salud agudo, es decir, uno que duró menos de un mes	Un problema de salud crónico, es decir, uno que duró más de un mes, ya sea para tratar el problema en sí, o sus síntomas	Para mejorar su bienestar	Otra, por favor especificar	No corresponde	No sabe	No contesta	Muy beneficioso	Algo beneficioso	Para nada beneficioso	No corresponde	No sabe	No contesta
1. Meditación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qi Gong (Chi Kung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tai Ji Quan (Tai Chi Chuan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Técnicas de relajación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Visualización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRA INFORMACION	Efectos adversos al uso de MAC
Momento de inicio de uso de CAM () Antes de DP () Después de DP	SI () NO ()
¿Ha informado a su médico el uso de medicina alternativa y/o complementaria?	Tipo de efectos adversos percibidos:
SI () NO ()	() Gastrointestinales () Sistema nervioso () Dermatológico () toxicológicos () en vías urinarias

Informa a su médico Sí No

Razones por las que no informa a su médico

No me pregunta No es necesario temor a desaprobación Otro _____

Recomendado por:

Médico institucional Médico particular Otros profesionales de la salud otros pacientes

Familiares Amigos Publicidad/medios de comunicación Otros