

# FORMULARIO DE SÍNTOMAS PARA EVALUACIÓN DE EVSD

Cédula/Email \_\_\_ jdepe@ejemplodemail.com \_\_\_  
 Apellido Paterno \_\_\_ Pérez Ejemplar \_\_\_  
 Nombre \_\_\_ Juanita Del Ejemplo \_\_\_  
 Sexo: Femenino \_\_\_ x \_\_\_ Masculino \_\_\_ Edad \_\_\_ 35 \_\_\_  
 País de residencia \_\_\_ Chile \_\_\_

Este formulario le permite evaluar sus mejoras al usar EVSD. Al seguir las norma de EVSD con mayor exactitud tendrá mejor resultado

El Día 1 ud. se califica con las letras D, M, B, A

Abreviatura usada en este escrito:

**IMPORTANTE:** Si no padece o casi no padece el síntoma deje la casilla de respuesta vacía.

**D:** el síntoma se presenta una o más veces en la semana.  
**M:** el síntoma se presenta una en la quincena o al mes.  
**B:** el síntoma se presenta una vez cada 2 a 3 meses.  
**A:** el síntoma se presentó hace más de 6 meses pero ya no se presenta.

El Día 30 ud. se califica con alguna de estas combinaciones de signos y letras siguientes:

**-qa:** menos que antes ya sea en frecuencia, duración o intensidad.  
**=qa:** igual que antes.  
**+qa:** más que antes ya sea en frecuencia, duración o intensidad.

## ANTECEDENTES

Responda usando los ejemplos entre paréntesis.

Fecha de consulta	Día 1	Día 30	
<b>Forma De Calificación</b> (elige de esta fila o de las que ves entre paréntesis al lado del síntoma)	<b>D,M,B,A</b>	<b>-qa, =qa, +qa</b>	
Sobrepeso corporal	D	-qa	
Volumen corporal: ¿te queda la ropa apretada?	D, mucho	-qa	
Frecuencia cardiaca alta —más de 95 pulsaciones/minutos.	D	-qa	
Frecuencia cardiaca baja —menos de 60 pulsaciones/minuto.			si no padece el síntoma deje las casillas de respuesta vacías
Presión arterial alta —más de 130/85 mmHg.	M	-qa	
Presión arterial baja —menos de 100/60 mmHg.			
Duerme usted con ventanas cerradas totalmente con abanico o aire acondicionado (Si / Deje vacío si es No)	Si	Ahora ventilo	

Habla usted mucho o muy rápido ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )	Si	-qa	
Tararea, silba, sopla globos o instrumentos de viento ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )	Si		
Ora verbalmente o dice mantras	D	Mentalmente	
¿Fuma? ( <i>Deje vacío si es No / Ocasional / Frecuente</i> )			si no padece el síntoma deje las casillas de respuesta vacías
Sufre de diabetes ( <i>Si / deje vacío si es No</i> )			
Se medica para diabetes ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )			
Se medica para hipertensión ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )	Si	-qa	
¿Ha sufrido cáncer antes? ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )			
¿Sufre cáncer ahora? ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )			
¿Recibe o ha recibido quimio o radio? ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )			
Suda durante el día: ( <i>Poco / Regular / Mucho</i> )	Poco	Regular	
Suda al dormir: - ( <i>Nada / Poco / Regular / Mucho</i> )	Nada	Poco	
Evacuaciones Intestinales x día (Ej.: 2; 1 c/2días, )	1 c/2 días	1 c/día	
Flema de color amarillo o blanco leche por Nariz: ( <i>Nada / Poco / Regular / Mucho</i> )	Mucho como agua	Poco amarilla	En algunos casos puede responder con la palabra "Nada"
Flema de color amarillo o blanco leche por Garganta: ( <i>Nada / Poco / Regular / Mucho</i> )	Nada	Poco	
Líquido en Tazas x día (Ejemplo: 4)	4	8	
Come usted frutas a diario ( <i>Mucho / Poco / Nada</i> )	Nada	Poco	
Come usted vegetales a diario ( <i>Mucho / Poco / Nada</i> )	Nada	Poco	
Actividad física doméstica: barrer, trapear, lavar, etc. ( <i>Ej. Diario / 3xSem</i> )	Ninguna	3 x semana	
Ejercicio físico: caminar, gimnasia, bailar ( <i>Ej. Diario / 3xsem</i> )	1 x semana	3 x semana	
¿Embarazada o en Lactancia? ( <i>Si / Deje vacío si es No</i> )			

La palabra "Molestia" en las preguntas siguientes puede indicar:

Adormecimiento / Agitación / Ardor / Bombeo / Calambre / Cansancio / Debilidad / Disfunción / Dolor / Endurecimiento / Enrojecimiento / Frío / Granos / Hinchazón o edema / Hormigueo / Inflamación / Movimiento / Opresión / Pesadez / Picazón o comezón / Punzada / quiste / Resequedad / Silbido / Tapado / Tirón o Halón / Zumbido.

A partir de aquí usted inicia el conteo de sus síntomas del día 1 y luego después de 30 días de practicar EVSD

Evaluación al día		Día 1	Día 30
<b>Forma De Calificación</b> (elige de esta fila o de las que ves entre paréntesis al lado del síntoma)		D,M,B,A	-qa, =qa, +qa
<b>(AQUÍ INICIA EL RECUENTO DE SÍNTOMAS)</b>			
A3	<b>ACIDEZ</b> estomacal o Reflujo	D	-qa
A6	¿Adormecimiento, calambre, hormigueo, pesadez en brazos o piernas?	D	-qa
A9	Agitación x ejercicio, al subir escalera 2 planta o se cansa rápido al caminar		
A12	Al dormir, sobresalto, sueño Inquieto, pesadilla, soñar en exceso, sensación de caerse de la cama-en agujero-abismo, se queja, habla, murmura dormid@, sonambulismo, Temores	M	-qa
A15	Alergia a polvo u olor, ojo, estornuda mucho, piel, nariz, garganta	D	-qa
A18	Aprieta o rechina dientes al dormir, dientes desgastados o amanece con dolor mandibular — Bruxismo.		
A21	Arteriosclerosis diagnosticada —endurecimiento de arterias y formación de placa de grasa dentro de ellas.		
A24	Asma diagnosticada	M	
B3	<b>BAJA</b> de peso en los últimos meses sin dieta		
C3	<b>CAIDA</b> cabello excesiva	D, mucho	
C6	Cansancio durante el día entre 8am-5pm	D, mucho	
C9	Cansancio matutino —al levantarse en la mañana.	D, mucho	-qa
C12	<i>Congestión Paranasal Fuerte</i> —sensación pesadez alrededor de ojos y nariz.		
C15	Convulsiones o desmayos	M	-qa
C18	<b>DEBILIDAD</b> en brazos o manos —le cuesta abrir frascos con tapas algo duras.		
D3	Debilidad o fallo articular en piernas, tobillo o rodilla que desequilibra al subir o bajar escalera		
D6	Depresión —tristeza o desgano sin motivo.	M	
D9	Descamación o Resequedad en piel de pies y manos si no aplica crema	M	-qa

En la columna Día 30 usted solo se califica con alguna de las siguientes combinaciones de letras y signos: -qa, =qa, +qa

En algunos casos que usted crea necesario puede agregar 1 a 2 palabras adicionales a su respuesta.

D12	Desequilibrio al caminar – se va de lado			
D15	Disminución libido –tiene poco o nulo deseo sexual			
D18	Disminución libido – tiene dificultad eréctil			
D21	Disnea —le hace falta aire sin razón.	D		
D24	Disnea emotiva —le hace falta aire al sentirse nervios@.			
E3	<b>ESCALOFRÍO</b> , es Friolent@	M		
E6	Esófago, dolor	M		
E9	Estreñimiento o evacuaciones intestinales difíciles	D		
E12	<b>ESTRÉS</b> o ansiedad	D	-qa	
E15	Extremidades frías	M		
F3	<b>FIEBRE</b> sin motivo			
F6	Fogaje, calor, fiebre interna, Fiebre Externa, sofoco, ardor debajo de la piel, Electricidad estática al tocar cosas o personas	D	-qa	
F9	Fosa nasal obstruida			
F12	Fragilidad capilar —despierta con moretones y no recuerda haberse golpeado.	D, mucho		
F15	Fuman sus amistades o familiares con usted presente cerca de ellos?	D		
G3	<b>GANGLIOS</b> inflamados que no duelen			
G6	Ganglios inflamados que si duelen	M		
G9	Garganta, carraspera, <b>DOLOR</b> , Disfonía			
G12	Garganta, amígdalas inflamadas	M		
G15	Garganta, atoramiento	D	-qa	
G18	Garganta, tos	D	-qa	
G21	Gases orales o anales	D, mucho	-qa	
G24	Gases sonoros por intestino, aventamiento después de comer, heces sueltas o deformes, digestión lenta	M		
H3	<b>HAMBRE</b> excesiva			
H6	Hemorroides, Sangre en heces, molestias, picazón, punzadas o ardores en recto o ano	D, mucho	-qa	
H9	Hinchazón en manos o pies —zapatos o anillos a veces sueltos y a veces apretados.	M		

H12	Hipo			
H15	Hongos en uña de manos o pies			
I3	<b>INFECCIÓN</b> vaginal			
I6	Insomnio, dificultad para conciliar sueño a primera noche o a media madrugada si despierta	M		
I9	Irregularidad menstrual	M	-qa	
I12	Irritable —se enoja fácil sea que lo controle o no.	D	-qa	
L03	<b>LACRIMACIÓN</b> excesiva —le salen lágrimas en exceso sin motivo.			
M3	<b>MANCHAS</b> claras u oscuras en piel			
M6	Manos rígidas matutina	D		
M9	Mareos, Vértigo	D		
M12	Memoria mala —se le olvida para que llamaba o lo que iba a hacer.	D		
M15	<b>Molestia</b> en abdomen superior derecho			
M18	<b>Molestia</b> en abdomen superior izquierdo	D		
M21	<b>Molestia</b> en apéndice y refleja a pierna derecha			
M24	<b>Molestia</b> en articulación de la mandíbula			
M27	<b>Molestia</b> en bajo vientre	D	-qa	
M30	<b>Molestia</b> en cabeza —dolor o migraña.	M		
M33	<b>Molestia</b> en cabeza —bombeo, siente humo, u otras.			
M36	<b>Molestia</b> en cadera baja posterior	D	-qa	
M39	<b>Molestia</b> en cadera en articulación con muslo			
M42	<b>Molestia</b> en cara			
M45	<b>Molestia</b> en codo	D	-qa	
M48	<b>Molestia</b> en corazón, punzada, dolor, opresión, gas, aceleramiento o cambia de ritmo.			
M51	<b>Molestia</b> en costilla			
M54	<b>Molestia</b> en cuello	D		
M57	<b>Molestia</b> en dedos	D		
M60	<b>Molestia</b> en espalda ALTA	D		
M63	<b>Molestia</b> en espalda BAJA	D	-qa	
M66	<b>Molestia</b> en espalda MEDIA donde se localizan los riñones	M		
M69	<b>Molestia</b> en espalda MEDIA en el centro de la columna vertebral			

M72	<b>Molestia</b> en hombro	D	-qa	
M75	<b>Molestia</b> en mano			
M78	<b>Molestia</b> en mastoides —detrás de las orejas.			
M81	<b>Molestia</b> en muñeca	D	-qa	
M84	<b>Molestia</b> en músculos de muslo			
M87	<b>Molestia</b> en músculos Punzada / se mueven solos —Fasciculaciones.	D		
M90	<b>Molestia</b> en omoplato	M	-qa	
M93	<b>Molestia</b> en ovario, punzada o cólico menstrual	M	-qa	
M93	<b>Molestia</b> en ovario, quistes			
M96	<b>Molestia</b> en pie al levantarse en la mañana o por estar de pie un tiempo corto.			
M99	<b>Molestia</b> en pierna			
M102	<b>Molestia</b> en rodilla	D	-qa	
M105	<b>Molestia</b> en seno, Halones, punzadas, ardores			
M108	<b>Molestia</b> en seno, quistes			
M111	<b>Molestia</b> en tobillo	M		
O3	<b>OIDO</b> pica, zumba, silva, <i>dolor</i> , oye menos o mal, se tapa, no entiende ocasional lo que le dicen	M		
O6	Oídos, secreciones			
O9	Ojos, punzadas, duelen, arden, reseco, ve arañitas o lucecitas.	M		
O12	Ojos, siente brusca dentro de su ojo pero esta no existe			
O15	Orina con chorro delgado, Intermitente, partido, demora inicial, caño intermitente al final	D		
O18	Orina, dificultad para retener la orina o sale sola			
O21	Orina, dolor o ardor al orinar	M	-qa	
O24	Orina, sensación de no vaciar la vejiga después de orinar	D	-qa	
O27	Orina, urgencia por al orinar al tomar un poco de agua			
O30	Orina, urgencia urinaria y orina poquito.			
O33	Osteoporosis u osteopenia			
P3	<b>PICAZÓN</b> en vagina	M		

P6	Picazón piel sin razón o al sudar	D	-qa	
P9	Piel Reseca, Dermatitis, grano, tetillas	D	-qa	
P12	Piel, LUNAR CAMBIANTE			
P15	Punzada, calambre u otra molestia en perineo — área entre genitales y ano.			
R3	<b>RESEQUEDAD</b> en boca, labio, nariz, garganta, o vagina	D	-qa	
R6	Resequedad vaginal			
R9	Resfriado fallido en garganta —al levantarse, sensación en garganta como si fuese a resfriarse y se quita con el pasar del día.	M		En algunos síntomas como roncar, quejarse, hablar, etc deberá preguntar algún familiar que le diga sus avances.
R12	Resfriado nulo —tiene más de 3 años que no se resfría.	Si	=qa	
R15	Ronca duro o suave o alguien se lo ha dicho	D, duro	M, suave	
S3	<b>SABOR</b> extraño matutino —amargo, ácido, metálico, pastoso.	D, mucho	-qa	
S6	Sabor extraño o molestias al comer grasas	D		
S9	Saliva excesiva, blanca, ácida			
S12	Sangrado por nariz	M		
S15	Sed excesiva			
S18	Sinusitis, rinitis fuerte	M		
S21	Suda bastante en cabeza-cuello y tórax.			
S24	Sudor en piel de pies y manos con o sin aplicación de polvo	M		
T3	<b>TEMBLORES</b> en extremidades —sin tener Parkinson.			
T6	Temblores en extremidades por Parkinson			
T9	Traqueo en las articulaciones voluntarios o involuntarios.	D, mucho	-qa	
U3	<b>UÑAS</b> débiles, uñas que no crecen, dientes débiles	D, mucho	-qa	
V3	<b>VARICES</b> delgadas, medianas o gruesas visibles en piernas	D, muy visibles	-qa	
V6	VARICES duelen o pican	M		
V9	VARICES internas —que le hayan sido diagnosticadas.			

RECUENTO DE SÍNTOMAS —sume la cantidad de síntomas que presenta.

Menos de 20 síntomas, usted es asintomático@.

De 21 a 40 síntomas, es rango normal

Más de 41 síntomas, usted es hipersensible.

72

35

Aquí puede escribir los 3 principales síntomas que le gustaría controlar, disminuir o eliminar.

1er malestares que le agradaría controlar, disminuir o eliminar o

Condición: \_\_\_\_\_

2do malestar o condición: \_\_\_\_\_

3er malestar o condición: \_\_\_\_\_

en estas últimas celdas coloque el total de sus síntomas del día 1 y del día 30. Si ha utilizado las normas de EVSD con gran exactitud verá que sus síntomas el día 30 totalizarán aproximadamente la mitad del día 1. Esta es una relación que se repite con mucha frecuencia en las personas que practican EVSD con gran exactitud.

### DECLARACIONES

Declaro el paciente que los síntomas o indicadores fisiológicos y sugerencias naturales para el EVSD no son obligatorias y no sustituyen otras pruebas, terapias o medicaciones que reciba por parte de otros profesionales de salud por lo cual el Dr. Omar Moreno y personal asistente no serán responsables de las decisiones que tome el paciente o familiares sobre estos aspectos. Al llenar y enviar este formulario acepta el/la paciente que los documentos suministrados serán en formato digital enviados a su correo electrónico o número de móvil.

Para constancia de aceptación envía el paciente o su representante este formulario de evaluación de síntomas.

Siempre puede solicitar al Dr. Moreno que le enseñe EVSD de nivel Intermedio para mejorar aún más sus resultados. Para ello contáctelo por mensaje de texto de whatsapp al +507 6841-2312 o por email a [director@bodysignals.online](mailto:director@bodysignals.online)

Visite ahora el Formulario de Síntomas de Anillos Reumáticos en formato PDF listo para llenar

<https://bodysignals.online/FSAR.pdf>