

**Lifestyle Counseling Services**  
**Ellen Tart-Jensen, Ph.D.**  
 639 Chesterfield Circle, San Marcos, CA92069  
 Phone: 760-736-0291 Fax: 760-736-8048

**Iris Photo Log & Personal History Record**

**Date:** \_\_\_\_\_ **In Person Apt.** \_\_\_\_\_ **Paid by:** \_\_\_\_\_

**Camera Data** \_\_\_\_\_ **Phone Apt.** \_\_\_\_\_ **Amount:** \_\_\_\_\_

**Hourly Rate: \$150.00** **Date:** \_\_\_\_\_

**Name (Nombre)** \_\_\_\_\_

**Address (Dirección)** \_\_\_\_\_

**City (Ciudad)** \_\_\_\_\_

**State (Estado)** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Telephone Home (Casa) ( )** \_\_\_\_\_ **Work (Trabajo) ( )** \_\_\_\_\_

**Email (Correo electrónico)** \_\_\_\_\_

**Iris Color**

**Sex**

**Statistics**

- |   |  |                       |                       |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Blue (Azul)    | <input type="checkbox"/> Male (Masculino)                  | Height (Altura) _____ | Age (Edad) _____      |
| <input type="checkbox"/> Brown (Moreno) | <input type="checkbox"/> Female (Femenino)                 | Weight (Peso) _____   | Date of Birth _____   |
| <input type="checkbox"/> Mixed (Mezcla) | <input type="checkbox"/> Blood Type (Tipo de sangre) _____ |                       | (Fecha de nacimiento) |

**Surgeries (Cirugías): List type, date and approximate age (Incluya tipo, fecha y edad aproximada)**

Tonsils (Amígdalas) \_\_\_\_\_ Appendix (Apéndice) \_\_\_\_\_

D & C (Útero) \_\_\_\_\_ Breast Lumps (Bultos/masas/bolitas en los senos) \_\_\_\_\_

Hysterectomy (Histerectomía) \_\_\_\_\_ Other (Otras Cirugías) \_\_\_\_\_

**Present Complaints or Problems (Problemas actuales)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies (Alergias)                       | <input type="checkbox"/> Hair Loss (Pérdida de cabellos)          |
| <input type="checkbox"/> Abdominal Pain (Dolor Abdominal)           | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids (Hemorroides)                |
| <input type="checkbox"/> Dizziness (Vértigo/Mareo)                  | <input type="checkbox"/> Hernias (Hernias)                        |
| <input type="checkbox"/> Back Problems (Dolores de espalda)         | <input type="checkbox"/> Lack Patience (Falta de paciencia)       |
| <input type="checkbox"/> Loss of Memory (Pérdida de memoria)        | <input type="checkbox"/> Nagging Cough (Tos frecuente)            |
| <input type="checkbox"/> Joint Pains (Dolores de las coyunturas)    | <input type="checkbox"/> Nervousness (Nerviosismo o Ansiedad)     |
| <input type="checkbox"/> Headaches (Dolor de cabeza)                | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath (Falta de aire)      |
| <input type="checkbox"/> Constipation (Estreñimiento)               | <input type="checkbox"/> Temper Problems (temperamento/mal genio) |
| <input type="checkbox"/> Cold Hands/Feet (Pies y/o manos fríos)     | <input type="checkbox"/> Sore Throat (Dolor de garganta)          |
| <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis                           | <input type="checkbox"/> Sinus Problems (Problemas de sinusitis)  |
| <input type="checkbox"/> Poor Digestion (Mala digestión)            | <input type="checkbox"/> Tire Easily (Se cansa fácilmente)        |
| <input type="checkbox"/> Acne (Acné)                                | <input type="checkbox"/> Skin Problems (Problemas de piel)        |
| <input type="checkbox"/> Hearing Problems (Problemas con los oídos) | <input type="checkbox"/> Trouble Sleeping (Insomnio)              |
| <input type="checkbox"/> Burping (Eruptos)                          | <input type="checkbox"/> Varicose Veins (Varices)                 |
| <input type="checkbox"/> Ear Aches (Dolores de los oídos)           | <input type="checkbox"/> Muscle Aches (Dolores de músculos)       |
| <input type="checkbox"/> Bowels Irregular (Regularidad intestinal)  |   |
| <input type="checkbox"/> Crave Sweets (Antojos de dulces)           |   |
| <input type="checkbox"/> Vision Problems (Problemas con la vista)   |   |

# Iris Photo Log & Personal History Record

What is your main complaint physically? (¿Cuál es su principal problema físico?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Childhood History (Historia de Niñez)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asma)                       | <input type="checkbox"/> Tonsillitis (Amigdalitis)   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tuberculosis)       |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox (Varicela)              | <input type="checkbox"/> Measles (Sarampión)         | <input type="checkbox"/> Typhoid (Tifoidea)                |
| <input type="checkbox"/> Colds (Resfriados)                  | <input type="checkbox"/> Pleurisy (Pleurécia)        | <input type="checkbox"/> Whooping Cough (Tos ferina)       |
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (La Difteria)            | <input type="checkbox"/> Pneumonia (Pulmonía)        | <input type="checkbox"/> Gonorrhea (Gonorrea)              |
| <input type="checkbox"/> Hay Fever/Allergies (Alergias)      | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Escarlatina) | <input type="checkbox"/> Hives (Picazón de piel/urticaria) |
| <input type="checkbox"/> Draining Ears (Oídos con descargas) | <input type="checkbox"/> Scoliosis (Escoliosis)      | <input type="checkbox"/> Other (Otros) _____               |

## Habits: How much each day? (Hábitos y/o Vicios): ¿Cuánto al día?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol _____                               | <input type="checkbox"/> Sugar (Azúcar) _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Bread (Pan) _____                           | <input type="checkbox"/> Junk Foods (Comidas rápidas o comerciales) _____     |
| <input type="checkbox"/> Coffee (Café) _____                         | <input type="checkbox"/> Salt (Sal) _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Drugs (Drogas/medicamentos) _____           | <input type="checkbox"/> Sleep: Hours per day (Horas de dormir al día) _____  |
| <input type="checkbox"/> Meat (Carne) _____                          | <input type="checkbox"/> Hours Worked per day (Horas de trabajo al día) _____ |
| <input type="checkbox"/> Fried Foods (Alimentos fritos) _____        | <input type="checkbox"/> Exercise (Ejercicios) _____                          |
| <input type="checkbox"/> Pasteurized Milk (Leche pasteurizada) _____ |   |

## Woman Only (Sólo Mujeres)

Have you ever been on the Pill? (Ha tomado píldoras anticonceptivas?) \_\_\_\_\_ Are you on them now? (¿Las toma ahora?) \_\_\_\_\_  
If yes, for how long? (Si es así, ¿por cuánto tiempo?) \_\_\_\_\_  
Ovarian problems (Problemas de los ovarios) \_\_\_\_\_ PMS (SPM-síndrome premenstrual) \_\_\_\_\_  
Uterine problems (Problemas del útero) \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_  
Menopause (Menopausia) \_\_\_\_\_  
Are you taking hormone replacements? (Toma reemplazos de hormonas?) \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
Other problems? (¿Otros problemas?) \_\_\_\_\_

## Men Only (Sólo Hombres)

Average Urinary frequency per day (¿Cuántas veces orina al día?) \_\_\_\_\_  
Any dribbling? (¿Orina sin control?) \_\_\_\_\_  
Do you have leg pains? (¿Dolores de las piernas?) \_\_\_\_\_ Insomnia? \_\_\_\_\_  
Prostate Gland trouble? (¿Problemas con la glándula de la próstata?) \_\_\_\_\_  
If yes, explain. (Si es así, explique.) \_\_\_\_\_  
Other problems? (¿Otros problemas?) \_\_\_\_\_

## Genealogical Traits (Características genealógicas)

Are you more similar to your mother or your fathers? (¿A quién se parece más... a su padre o a su madre? \_\_\_\_\_  
Explain why. (Explique por qué.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Iris Photo Log & Personal History Record

---

Please list all medications currently being taken: (Favor de enumerar todos los medicamentos que está tomando: )

Name of Medication (Nombre de Medicamento)	Dosage (Dosis)	Times per Day (# Veces al día)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

Please list all vitamins, minerals, herbs, and/or supplements currently being taken:  
(Favor de enumerar todas las vitaminas, minerales, hierbas, y/o suplementos que está tomando: )

Name of Product and Manufacturer (Nombre del Producto y del Fabricante)	Dosage (Dosis)	Times per Day (#Veces al día)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

## **Daily Food Intake (Ingesta Diaria de Alimentos)**

Your health depends a great deal on the foods you eat on a daily basis. Please give two examples of meals and snacks that you consume during a week. (Su salud depende en gran medida de los alimentos que consume a diario. Por favor, dé dos ejemplos de las comidas y los bocadillos que se consume Ud. durante una semana.)

### **Example 1 (Ejemplo 1)**

#### **Breakfast (Desayuno)**

#### **Snack (Bocadillo)**

#### **Lunch (Almuerzo)**

#### **Snack (Bocadillo)**

#### **Dinner (Cena)**

#### **Snack (Bocadillo)**

**List the liquids you consume during the day. When do you consume them? How much do you consume?  
(Favor de enumerar los líquidos/las bebidas que consume durante el día. ¿Cuándo los consume? ¿Cuánto or cuántos consume?)**

**What do you feel are the healthiest foods you consume? What do you feel are the unhealthiest foods you consume?  
(¿Cuáles son los alimentos más saludables que consume? En su opinion, ¿Cuáles son los alimentos menos saludables que consume?)**

**Example 2 (Ejemplo 2)**  
**Breakfast (Desayuno)**

**Snack (Bocadillo )**

**Lunch (Almuerzo)**

**Snack (Bocadillo)**

**Dinner (Cena)**

**Snack (Bocadillo)**

**List the liquids you consume during the day. When do you consume them? How much do you consume?**  
**(Favor de enumerar los líquidos/las bebidas que consume durante el día. ¿Cuándo los consume? ¿Cuánto or cuántos consume?)**

**What do you feel are the healthiest foods you consume? What do you feel are the unhealthiest foods you consume?**  
**(¿Cuáles son los alimentos más saludables que consume? En su opinion, ¿Cuáles son los alimentos menos saludables que consume?)**

**Do you feel more full and satisfied when you eat a meal with grains and vegetables or when you eat proteins and vegetables? Give an example of a meal that makes you feel best. (¿Se siente Ud. más lleno y satisfecho cuando consume una comida con granos y vegetales/verduras, or cuando consume proteínas y vegetales/verduras? Dé un ejemplo de una comida que le hace sentir mejor.)**

**Do you crave sweets? (Anhela Ud. los dulces?)**

**How much sugar, brown sugar, maple syrup, or honey do you consume each day? (¿Cuánto azúcar, azúcar moreno, jarabe de arce o miel consume Ud. cada día?)**

**When do you eat sweets? (¿Cuándo come Ud. los dulces?)**

**Which sweets do you eat? (¿Cuáles de los dulces come Ud.?)**

### **Daily or Weekly Exercise (El ejercicio diario o semanal)**

**Do you do dry skin brushing before a shower? (¿Haces cepillado de la piel seca antes de una ducha?)**

**Tell the type or types of exercise that you do daily or weekly. How long do you exercise each time? (Diga el tipo o tipos de ejercicio que usted hace a diario o semanalmente. ¿Por cuánto tiempo hace ejercicio cada vez?)**

### **Sleep Patterns (Rutinas de Dormir)**

**Do you feel tired or have plenty of energy? (¿Se siente cansado o tiene bastante energía?)**

**Do you sleep on cotton or silk sheets? (¿Duerme en sábanas de algodón o de seda?)**

**What time to you go to sleep at night? (¿A qué hora se acuesta Ud. por la noche?)**

**Do you wake up during the night? If so, how many times, and when? Do you urinate during these times? Do you fall back to sleep right away or do you stay awake for a while? (¿Se despierta durante la noche? Si es así, ¿cuántas veces y cuándo? ¿Orina en estos tiempos? ¿Se vuelve a dormir Ud. de inmediato o se mantiene despierto por un tiempo?)**

**What time to you get up in the morning? (¿A qué hora se levanta Ud. por la mañana?)**

**Do you nap during the day? (Se toma Ud. una siesta durante el día?)**

### Lifestyle and Daily Activities (Estilo de vida y las actividades diarias)

**At what time do you eat breakfast, lunch, and dinner? (¿A qué hora se come el desayuno, el almuerzo y la cena?)**

**Do you eat while sitting down and in a peaceful environment? (¿Come Ud. mientras se está sentado y en un ambiente de paz?)**

**Do you chew your food well? (¿Mastica Ud. bien la comida?)**

**Do you drink liquids with your meals? (¿Toma Ud. líquidos con las comidas?)**

**Do you use a natural toothpaste? (¿Utiliza una crema dental natural?)**

**Do you brush your teeth after each meal and snack? (¿Se cepilla los dientes después de cada comida y bocadillo?)**

**Do you floss your teeth? (¿Se usa el hilo dental en los dientes?)**

**Do you have any silver mercury fillings in your teeth? (¿Tiene algunas empastes/almagamas/rellenos de mercurio de plata en los dientes?)**

**Have you been exposed to any heavy chemicals in your life – either at work or elsewhere? (¿Ha estado expuesta a productos químicos pesados en su vida - ya sea en el trabajo o en otro lugar?)**

**Do you wear clothing made from natural fibers? (¿Usa Ud. ropa hecha de fibras naturales?)**

**Do you use any chemicals when cleaning your home? (¿Utiliza Ud. algún producto químico para limpiar su casa?)**

**If you work, what is your job? Are you happy with your job, the people there, and the environment? (Si Ud. trabaja, ¿cuál es su trabajo? ¿Está contento con el trabajo, la gente de allí, y el medio ambiente?)**

**If you are in a relationship or married, are you happy in your relationship? (Si usted está en una relación o está casado, ¿es feliz en su relación?)**

**Do you have any pets? If so, what are they? Do you love your pets? (¿Tiene Ud. alguna mascota? Si es así, ¿cuáles son? ¿Ama Ud. a sus mascotas?)**

**Do you belong to a support group or participate in activities with friends? (¿Pertenece a un grupo de apoyo o participa en actividades con amigos?)**

**What do you do for fun? (¿Qué hace Ud. para divertirse?)**

**What brings you the most joy in life? (¿Qué le trae la mayor alegría en la vida?)**