Formulario de Admisión de Pacientes Nuevos

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celda:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alergias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

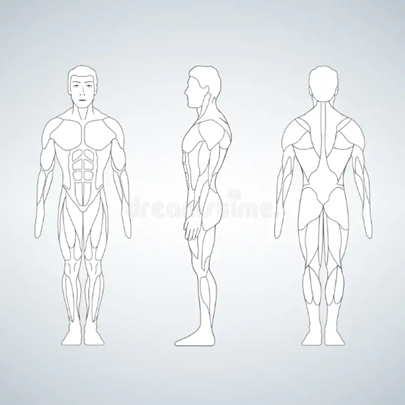
Nombre del contacto de emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico (Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Teléfono)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha recibido acupuntura antes?\_\_\_ Si\_\_No

Marca las areas de dolor

Queja principal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tenido esta afección?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está empeorando?\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le molesta:\_\_\_ Dormir\_\_\_\_ Trabajar\_\_ Otro

¿Cuál parece ser la causa inicial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué parece mejorarlo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué parece empeorarlo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Estás experimentando dolor en este momento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa el dolor: \_\_\_\_\_Sordo(dull)\_\_\_\_\_Agudo(sharp) \_\_\_\_\_\_\_Punzante (stabbing) \_\_\_\_\_\_\_Ardiente (burning) \_\_\_\_\_\_Otro

¿Cuál de las siguientes opciones ayuda: \_\_\_\_Calor/algo caliente \_\_\_\_ Presión \_\_\_\_Movimiento \_\_\_\_lo frio \_\_\_\_\_Masage

**Antecedentes médicos familiares**

o\_\_\_\_Arteriosclerosis

o \_\_\_\_Alcoholismo

o \_\_\_\_Cáncer

o \_\_\_\_Diabetes

o \_\_\_\_Alta Presión arterial

o \_\_\_\_Convulsiones

o \_\_\_\_Asma

o \_\_\_\_Golpe

o \_\_\_\_Enfermedad cardíaca

o \_\_\_\_Otro

¿Está tomando algún medicamento actualmente? \_\_ No\_\_ Sí En caso afirmativo, por favor enumere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tomas vitaminas o suplementos? \_\_\_No \_\_\_Si En caso afirmativo, enumere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Modo de vida***

Consumo de alcohol: \_\_\_Si \_\_\_No En caso afirmativo, cuanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso del tabacco: \_\_\_Si \_\_\_ No En caso afirmativo, cuanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estrés: \_\_\_Si \_\_\_ No Si la Afirma, donde en una escala de 1 a 10\_\_\_\_\_\_\_\_

Marijuana:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Drogas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riesgos Laborales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ejercicio regular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con qué frecuencia:\_\_\_\_\_\_ Tipo de ejercicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Historial Médico Confidencial de Acupuntura***

Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los siguientes elementos pueden estar relacionados con sus condiciones actuales. En el espacio delante de cada elemento, coloque una H si anteriormente TUVO el problema. Coloque P si ACTUALMENTE tiene el problema. Deja un espacio en blanco si NUNCA tuviste el problema.

**GENERAL**

o \_\_\_\_Fiebre/Escalofríos

o \_\_\_\_Noche Sudaderas

o \_\_\_\_ Sudor espontáneo

o \_\_\_\_Insomnia

o \_\_\_\_Fatiga

o \_\_\_\_Nerviosismo

o \_\_\_\_Peso Pérdida/Ganancia

o \_\_\_\_Alergias

o \_\_\_\_Hemorragia

o \_\_\_\_Diabetes

o \_\_\_\_Tiroides enfermedad

o \_\_\_\_Cáncer

o \_\_\_\_HIV factores de riesgo

o \_\_\_\_Frio o extremidades calientes

**HEENT**

**Oreja**

o \_\_\_\_Anillamiento

o \_\_\_\_ sin oir

o \_\_\_\_comezon /Dolor

o \_\_\_\_Otro

**Ojo**

o \_\_\_\_Sequedad

o \_\_\_\_\_Rojez

o \_\_\_\_Comezón/Dolor

o \_\_\_\_Arde

o \_\_\_\_Borrada Visión

o \_\_\_\_Desgargante

o \_\_\_\_Otro

**Nariz**

o \_\_\_\_Hemorragia

o \_\_\_\_Congestión

o \_\_\_\_ Nariz que gotea

o \_\_\_\_Ulceraciones

o \_\_\_\_Sinus Infección

o \_\_\_\_No oler

o \_\_\_\_Otro

**Boca**

o \_\_\_\_Sequedad

o \_\_\_\_Anormal Sabor

o \_\_\_\_Dolor

o \_\_\_\_Ulceraciones

o \_\_\_\_Sangrando Encías

o \_\_\_\_Malo Sabor en boca

o \_\_\_\_Dental Problemas

o \_\_\_\_Otro

**Garganta**

o \_\_\_\_Sequedad

o \_\_\_\_Comezón/Dolor/Dolor

o \_\_\_\_Hinchazón

o \_\_\_\_Dificultad Deglución

o \_\_\_\_Ronquera

o \_\_\_\_Amigdalectomía

**Pecho**

o \_\_\_\_Congestión

o \_\_\_\_Dolor

o \_\_\_\_Caliente/Sensación de calor

o \_\_\_\_Otro

**Seno**

o \_\_\_\_ sensación de estiro

o \_\_\_\_Dolor

o \_\_\_\_Distención en parte

o \_\_\_\_Nódulo

o \_\_\_\_Descargar

**Área epigástrica**

o \_\_\_\_Dolor

o \_\_\_ sensación de estiro

o \_\_\_\_Calor

o \_\_\_\_Frío

**PULMÓN/ RESPIRATORIO**

o \_\_\_\_Dificultad para respirar

o \_\_\_\_Tos

o \_\_\_\_Crónica Tos

o \_\_\_\_ Flema

o \_\_\_\_Sibilancias

o \_\_\_\_Neumonía

o \_\_\_\_Bronquitis

o \_\_\_\_Tuberculosis

o \_\_\_\_problema con transpiración

o \_\_\_\_Excesivo transpiración

o \_\_\_\_Otro

**CORAZÓN/ CARDIOVASCULAR**

o \_\_\_\_Arritmia

o \_\_\_\_Alta Presión arterial

o \_\_\_\_Bajo Presión arterial

o \_\_\_\_Dolor sobre el corazón

o \_\_\_\_Palpitaciones

o \_\_\_\_Mal Circulación

o \_\_\_\_Mareos

o \_\_\_\_Desmayo

o \_\_\_\_Corazón Antecedentes de la enfermedad

o \_\_\_\_Hincho de Tobillos

o \_\_\_\_Varices

o \_\_\_\_Reumática Fiebre

o \_\_\_\_Golpe

o \_\_\_\_Otro

**SP/ST/LV-ABDOMINAL**

o \_\_\_\_Hinchado

o \_\_\_\_Distención o gas

o \_\_\_\_Dolor

o \_\_\_\_Eructo

o \_\_\_\_Escozor

o \_\_\_\_Frialdad

o \_\_\_\_Constricción

o \_\_\_\_Calambres

o \_\_\_\_Sensación de estiro plumón

o \_\_\_\_Sin Apetito

o \_\_\_\_Excesivo Apetito

o \_\_\_\_Mal Digestión

o \_\_\_\_Náuseas

o \_\_\_\_Vómito

o \_\_\_\_Vomitando Sangre

o \_\_\_\_Acido Regurgitación

o \_\_\_\_Negra/ Heces deposiciones con sangre

o \_\_\_\_Úlcera

o \_\_\_\_Hernia

o Frecuencia de las deposiciones

Cada Dia \_\_\_\_\_Dia(s)\_\_\_\_Veces

o \_\_\_\_Diarrea

o \_\_\_\_Taburetes sueltos

o \_\_\_\_Estreñimiento

o \_\_\_\_Hemorroides

o \_\_\_\_Apendicitis

**HIGADO**

o \_\_\_\_Hígado enfermedad

o \_\_\_\_Ictericia

o \_\_\_\_Hipocondría dolor

o \_\_\_\_Otro

Enumere las fechas y las razones de las hospitalizaciones / cirugías: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (incluyendo nombre, dosis, frecuencia y motivo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico actual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que la información que proporcioné sobre esta ingesta es cierta. Es mi responsabilidad informar al acupunturista en cualquier momento de mi curso de tratamiento si alguna información ha cambiado.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_