Remedio *Acupuntura*
Rejuvenecimiento de lesiones Y manejo del dolo

Número de teléfono: (201) 734-1972
www.remedyacupunctureclinic.com
remedyacupunctureclinic@gmail.com

Nombre:_____ fecha: _____
dirección:_____
_____
Teléfono #: _____
correo electrónico _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEGURO: _____

Presión arterial: _____ Temperatura: _____
Médico de atención primaria: _____
Teléfono #: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE ACUPUNTURA Historial médico

1. Describa su razón principal (queja principal) para buscar tratamiento de acupuntura y cuál es su objetivo por su razón principal (queja principal).

_____
_____
_____
_____
_____

2. Describa cualquier problema médico interno activo (p. ej., diabetes, hígado graso, asma, enfermedad de crohn, hipotiroidismo, enfermedad de Greaves, PA alta y arritmias):

_____

_____

_____

_____

_____

3. Describa cualquier dolor en el tejido conectivo en el lado izquierdo y/o derecho de su cuerpo, incluidos esguinces, distensiones, contusiones, tendinitis, bursitis, tensión muscular/fascia recurrente y dolor trapecial superior:

_____

_____

_____

4. Describa cualquier accidente importante, cirugía u hospitalización (p. ej., fracturas, lesiones por accidentes automovilísticos, apendicectomía, cesárea, extirpación de la vesícula biliar, histerectomía)

_____

_____

_____

5. Cuando se sienta cómodo, describa una emoción que sienta que ha sido abrumadora en las últimas 4 semanas y/o marque una casilla que ayude a describir la emoción.

_____

_____

_____

- ☐ nerviosismo
- ☐ TEPT
- ☐ Estresado
- ☐ Ataques de pánico
- ☐ Compulsividad
- ☐ Indeciso
- ☐ Problemas para dejar ir

- ☐ Cambios de humor
- ☐ Ansiedad, miedo
- ☐ Tristeza
- ☐ Ira
- ☐ depresión
- ☐ Excesiva preocupación/rumia
- ☐ trastorno estacional del estado de ánimo

6. Enumere cualquier tipo de medicamento recetado que esté tomando actualmente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Historia social

1. ¿Eres:

- ☐ **Nunca Casado**
- ☐ **Casado**
- ☐ **Pareja/otro significativo**
- ☐ **Viudo**
- ☐ **Divorciado**
- ☐ **Separado**

2. ¿Quién vive en casa contigo? Incluya cualquier mascota.

_____
_____
_____

3. Describa su trabajo actual. (¿Utiliza más energía mental como un oficinista o energía física como un obrero de la construcción?)

_____
_____
_____

Estilo de vida

1. Describa cualquier alergia a medicamentos, alimentos y/o medio ambiente:

_____

_____

_____

2. ¿Eres fumador?☐No o ☐Sí; ¿cantidad? _____ ¿Cuántos años? _____

3. Describa su comida típica y marque cualquier casilla que pueda aplicarse a cómo se siente después de comer.

Desayuno_____

Almuerzo_____

Cena_____

Aperitivos_____

☐ Mal aliento (a pesar de una buena higiene dental)	☐ Falta de apetito	☐ Hambre excesiva
☐ Reflujo/acidez estomacal	☐ Intolerancia alimentaria	☐ náuseas
☐ Eructos, eructos, hipo significativos	☐ Llenarse fácilmente	☐ Vómitos

4. ¿Cuánto alcohol consume? _____Bebidas por semana

¿Que tipo? ☐ cerveza ☐ Vino ☐ Licor/bebidas mixtas

5. ¿Cuánta cafeína consumes? _____ Bebidas por semana

¿Que tipo?☐ Té ☐Refrescos ☐ Café/bebidas exprés

6. Describa su nivel de actividad, incluya información sobre su rutina de ejercicios, si tiene una.

_____

_____

La salud de la mujer

1. Fecha del último período menstrual: _____ Edad en que comenzó la menstruación: ____

2. ¿Cuántos días entre períodos? _____

¿Existe la menstruación...?

- ☐ Coagulación
- ☐ Calambres dolorosos
- ☐ Olor desconocido
- ☐ Ardor vaginal, picazón, sequedad

3. ¿Cuántos días de flujo? _____ ¿Es su flujo pesado, ligero o "mi normalidad"?

4. ¿Cuántos embarazos? ___ Abortos espontáneos: ___ Abortos: ___ nacimientos___

Niños vivos: ___

5. Describa cualquier problema que tenga con sus períodos o si está experimentando menopausia.

_____

_____

_____

6. Describa qué tipo de anticonceptivo está usando actualmente, si alguno, y los tipos que tiene usado en el pasado.

_____

_____

_____

Encierre en un círculo todo lo que corresponda. Incluya una breve descripción si responde "Sí"

1. La mayoría de los días mi nivel de energía es: Bajo / Adecuado / Alto

2. Mi cuerpo tiende a sentirse: Frío / Igual que los demás / Caliente / Sensible a las corrientes de aire

3. Sudo: con facilidad/muy poco/relativo a la actividad/espontáneo/mientras duermo

4. ¿Experimenta dolores de cabeza, aturdimiento, mareos u olvidos? Sí/No

5. ¿Experimenta dolor, visión borrosa, cambios en la visión, moscas volantes, sequedad, picazón, lagrimeo frecuente con su ¿ojos? Sí/No

6. ¿Tiene cambios en la audición, zumbidos o dolor en los oídos? Sí/No

7. ¿Experimenta congestión, goteo, obstrucción, sangrado o un cambio en el sentido del olfato en la nariz? Sí/No

8. ¿Tiene dificultad para tragar, problemas con la salud dental o cambios en su voz? Sí/No

9. ¿Cuánta agua bebes al día?

10. ¿Tiene un nivel de sed alto/bajo/relativo?

11. ¿Tiene dificultad para respirar, dificultad para respirar al hacer ejercicio o tos? Sí /No

12. ¿Tiene síntomas cardiovasculares como dolor en el pecho, opresión, palpitaciones, moretones con facilidad o sangrado? No

13. ¿Experimenta síntomas digestivos como hinchazón, gases, acidez estomacal o dolor? Sí/No

14. ¿Tiene evacuaciones intestinales: Diariamente / 1-2 días / 3+ días?

15. ¿Están sus heces por lo general: bien formadas y fáciles de expulsar / sueltas / estreñidas / con diarrea?

16. ¿Es su micción: en relación con / más de / menos de lo que bebe?

17. ¿Experimenta dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido? Sí/No

18. ¿Cuántas horas de sueño tiene en promedio por noche?

19. Además de su queja principal, ¿experimenta dolor, entumecimiento, hormigueo, ardor, rigidez o reducción rango de movimiento o función con su sistema musculoesquelético? Sí / No

20. ¿Tiene algún problema con su piel, como erupciones, sequedad o lesiones? Sí/No

21. ¿Experimenta algún problema con su cabello o uñas? Sí / No