

Minneapolis Community Acupuncture
Formulario de Información E Historial Médico

Información del Paciente:

Información del Contacto:

<p>Fecha: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Pronombres Preferidos: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad/Estado/Código: _____</p> <p>Edad: _____ Fecha de Nac: _____</p> <p>Ocupación: _____</p> <p>Empresa: _____</p> <p>Médico Primario: _____</p> <p>Tel. del Médico: _____</p> <p>¿Como se enteró de nosotros? _____</p>	<p>Tel. móvil: _____</p> <p>Tel. del trabajo: _____</p> <p>Tel. de la casa _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Contacto alternativo en caso de emergencia:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>Enumerar cualquier alergia: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Historial Médico:

<p><i>¿Cuales son sus principales preocupaciones de salud?</i></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p><i>¿Como duerme?</i> _____</p> <p>_____</p> <p><i>¿Como es su digestión?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Anote los medicamentos o suplementos que esté tomando:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Anote enfermedades, accidentes o cirugías:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Marque las enfermedades de familiares consanguíneos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diabetes<input type="checkbox"/> Presión Alta<input type="checkbox"/> Ataque cerebral<input type="checkbox"/> Cáncer<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones	<p><i>Marque los síntomas que ha tenido en el ultimo año:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Depresión<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse<input type="checkbox"/> Mareos<input type="checkbox"/> Se asusta fácilmente<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva<input type="checkbox"/> Enojo excesivo<input type="checkbox"/> Temor excesivo<input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<input type="checkbox"/> Perdida de sueño/ Insomnio<input type="checkbox"/> Perdida o aumento de peso<input type="checkbox"/> Nerviosismo/ irritabilidad<input type="checkbox"/> Abrumado por la vida <p><i>Marque los problemas que tiene o ha tenido:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> VIH (HIV)/ SIDA (AIDS)<input type="checkbox"/> Alergias<input type="checkbox"/> Anemia<input type="checkbox"/> Artritis<input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos<input type="checkbox"/> Convulsiones<input type="checkbox"/> Cáncer<input type="checkbox"/> Diabetes<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) <p><i>¿Cuándo fue la última vez que se hizo un físico completo?</i></p> <p>_____</p>
--	--

Marque los síntomas que ha sentido en el último año:

MÚSCULOS/ARTICULACIONES/HUESOS

- Temblores o calambres
- Inflamación de articulaciones

Dolor, debilidad, o entumecimiento en:

- Brazos / Caderas
- Espalda / Piernas
- Pies / Rodillas
- Cuello
- Manos
- Hombros
- Otro _____

OJOS/NARIZ/GARGANTA/RESPIRATORIO

- Asma/Jadeo/ Falta de aliento
- Visión mala o borrosa
- Respiración dificultosa
- Dolor de oído
- Ganglios inflamados
- Dolor de los ojos
- Gripes/catarro/resfriados frecuentes
- Fiebre de Heno/Alergias
- Ronquera
- Problemas de encías
- Sangrados por la nariz
- Pérdida del oído
- Tos persistente
- Zumbido del oído
- Sinusitis

PIEL

- Barros/Forúnculos
- Moretones que se forman con facilidad
- Piel seca
- Piel comezón o con erupciones
- Piel sensitiva
- Úlcera que no sana
- Sudores

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Endurecimiento de las arterias
- Alta presión sanguínea/ Hipertensión
- Presión arterial baja

CARDIOVASCULAR (continuada)

- Dolor sobre el corazón
- Mala circulación sanguínea
- Infarto (Ataque cardíaco) previo
- Latidos del corazón rápidos o irregulares
- Hinchazón de los tobillos
- Marcapasos
- Desorden sangrante

GENITO/URINAL/ENDOCRINA

- Sangre/pus en orina
- Orina con frecuencia
- Dificultad para controlar la orina
- Infección o piedras en los riñones
- Disminución de la libido (Impulso sexual)
- Problemas de erección
- Secreción del pene
- Problemas de próstata
- Cirugía de reasignación de género
- Terapia hormonal
- Sangrado entre períodos menstruales
- Coágulos en menstruación
- Dolor menstrual extremo
- Ciclos irregulares
- Síntomas de menopausia
- PMS (síndrome premenstrual)
- Flujo menstrual escaso
- Abortos espontáneos/involuntarios
- ¿Está tratando de concebir? Si No
- ¿Está posiblemente embarazada? Si No

GASTROINTESTINAL

- Eructos, gas o hinchazón
- Problemas de colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Abdomen hinchado
- Hambre excesiva
- Problemas de la vesícula biliar
- Indigestión
- Náusea
- Dolor de estómago
- Falta de apetito
- Vómitos
- Hemorroides

La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.

FIRMA: _____ FECHA: _____