

Bienvenido a “Pathways to Wellness”. Por favor, complete la siguiente forma en detalle. Toda la información en este documento es **confidencial** y será vista solamente por nuestros empleados a menos que usted de autorización de lo contrario.

Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Día: \_\_\_\_\_ Tarde: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Generalmente nosotros confirmamos citas para tratamiento por teléfono el día antes de su cita..

¿Cuál número prefiere que utilicemos? (circule uno) Día / Tarde/ Celular

Para poder asignarle un código confidencial de cliente, por favor llene lo siguiente:

Las primeras 3 letras del PRIMER nombre de su madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Los ultimos 4 # de su Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nosotros nunca transferimos ni vendemos su información a terceros partidos. Nos gustaría enviarle un boletín de noticias o información por correo electrónico. ¿Nos da permiso? ( ) Si ( ) No ¿Por correo regular? ( ) Si ( ) No

Dirección de correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Género: O Masculino O Femenino O Transgénero

Contacto en caso de emergencia : \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione todo lo que le aplique (tiene que seleccionar al menos UNO)**

O Blanco O Negro Afro/Americano O Asiático O Isleño Pacífico/ Nativo de Hawaii  
O Indo-Americano/ Nativo de Alaska O Desconocido

**En adición a su selección arriba, usted puede seleccionar de los grupos abajo:**

O Africano O Haitiano O Cabo Verdeano O Portugues O Brasileño

**Etnicidad: Requerido de esta manera por el estado y proveedores de fondos federales**

Tiene ascendencia latina? O No O Si Especifique: \_\_\_\_\_ O Desconocido

¿Cuál es su idioma principal \_\_\_\_\_

**Información de Referido: Por favor seleccione uno**

Amigo/Relativo: Nombre \_\_\_\_\_ Internet: ¿Sitio de Búsquedas? \_\_\_\_\_

Proveedor de cuidado médico \_\_\_\_\_ Otro lugar Web(Cual) \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro médico: Cual \_\_\_\_\_ Anuncio: ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Vió presentación ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Vió Artículo: ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Evento: ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Otro: Explique \_\_\_\_\_

¿Es usted un estudiante  No  Si. En caso afirmativo, ¿dónde van a la escuela \_\_\_\_\_

**Si nos quiere decir, ¿Como se identifica?**

Homosexual (hombre)  Hétero sexual  Transgénero  Lesbiana  Bisexual  Con preguntas  
Nosotros dependemos gandemente de referidos de clientes satisfechos. Para darle las gracias, usted recibirá un descuento de %15 durante su siguiente visita.

**SALUD ACTUAL**

¿Cuales son los síntomas/problemas principales por los cuales esta buscando tratamiento, y hace cuanto tiempo lo(s) tiene? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué dianósticos ha recibido de sus Doctores?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún tratamiento, cirugía u hospitalización de estas condiciones? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICOS DE MEDICINA OCCIDENTAL**

**Por favor marque si tiene ahora o si alguna vez ha tenido los siguientes diagnósticos de medicina occidental:**

- Diabetes
- Epilepsia
- Artritis
- Cancer: ¿que tipo? \_\_\_\_\_
- Problemas de salud Mental: ¿que tipo? \_\_\_\_\_
- Ataque al corazón o Derrame cerebral
- Marcapaso
- Fibromyalgia
- Otro: \_\_\_\_\_
- Esclerosis Multiple
- Alergias a metales
- Síndrome de Fátiga Crónico

O VIH/SIDA

O Hepatitis B

O Hepatitis C

O Tuberculosis

O Alergias: ¿a que medicamentos o sustancias? (plantas, animales, de ambiente)\_\_\_\_\_

**PREGUNTAS DE DIAGNOSTICO**

Por favor indique todos los sintomas que ha experimentado durante los pasados 30 dias.

**Por favor circule de acuerdo a la severidad de los sintomas:**

**P=Poco M=Moderado F=Fuerte**  
**Si no tiene el sintoma, no circule nada.**

**CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA**

P M F problemas de sinusitis	P M F sangramientos nasales	P M F boca seca
P M F problemas al tragar	P M F dolor de boca o garganta	P M F hongo en la boca
P M F dolores de cabeza	P M F problemas orales/encias	P M F sed
P M F problemas de oido	P M F problemas de vision	P M F mareos
P M F estornudos/congestion nasal	P M F otro (especifique)_____	

**RESPIRATORIO**

P M F corto de aliento	P M F dolor al respirar	P M F flema
P M F sangre en la saliva	P M F pitillo al respirar	P M F tos
P M F bronquitis	P M F catarros frecuentes	P M F dolor de pecho
P M F otro (especifique)_____		

**GASTROINTESTINAL**

P M F perdida de apetito	P M F dolores abdominales	P M F nausea
P M F gas/inflación	P M F estreñimiento	P M F diarrea
P M F pérdida de peso	P M F hemorroides	P M F vómitos
P M F acidéz	P M F otro (especifique): _____	
P M F ictericia		

**CARDIOVASCULAR**

P M F presión de sangre baja	P M F presión de sangre akta	P M F palpitaciones
------------------------------	------------------------------	---------------------

**GENITO-URINARIO**

P M F frecuencia urinaria	P M F orinación nocturna	P M F impotencia
P M F pocas ganas de tener sexo	P M F dolor	P M F edema
P M F llagas genitales	P M F verrugas genitales	
P M F otro (especifique): _____		

**MUSCULAR/ESQUELETAL**

P M F dolor muscular o de articulaciones	P M F dolor de espalda	P M F debilidad
--	------------------------	-----------------

P M F dolor, picazón o entumecimiento en los brazos, dedos, dedos de los pies, neuropatía

P M F hombros o cuello rígido o tenso P M F otro (especifique): \_\_\_\_\_

**NEUROLOGICO/PSYCOLOGICO**

P M F depresión

P M F ansiedad

P M F miedo

P M F irritabilidad/corage

P M F desorientación

P M F memoria

P M F temblores

P M F insomnia

P M F epilepsia

P M F pobre concentración

P M F bipolar

P M F otro (especifique): \_\_\_\_\_

**PIEL/CABELLO/UÑAS**

P M F sarpullidos que pican o duelen

P M F hongos

P M F herpes

P M F psoriasis/eczema

P M F cambio en lunares

P M F ampollas

P M F Nuevo KS

P M F perdida de cabello

P M F acné

P M F moretones

P M F otro (especifique): \_\_\_\_\_

**OTROS SINTOMAS**

P M F fiebre sobre 100 grados

P M F sudores nocturnos

P M F fatiga

P M F nodulos linfáticos hinchados

P M F escalofrios

P M F sudores diurnos

P M F intolerancia a la glucosa

P M F lipodistrofia/redistribución de grasa

P M F otro (especifique): \_\_\_\_\_

**GYNECOLOGICO/OBSTETRICO**

P M F infecciones de hongos

P M F dolores menstruales

P M F coágulos

P M F infecciones pélvicas

P M F manchas

P M F PMS

P M F dolor en medio de ciclo

P M F periodos irregulares

P M F no periodos

P M F secreciones vaginales

P M F dolor/picazón vaginal

P M F periodos de calor

P M F otro (especifique): \_\_\_\_\_

Información Menstrual : \_\_\_\_ días de sangrado \_\_\_\_ días de ciclo fecha del último periodo \_\_\_\_\_

¿Toma usted terapia de reemplazamiento hormonal? O Si O No

¿Está embarazada? O Si O No O desconocido

**Por favor alerte a su profesional si esta embarazada. Su tratamiento sera modificado para apoyar un embarazo saludable.**

¿Esta en la menopausa? O Si O No O desconocido

¿Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cesareas? \_\_\_\_\_

Fecha del su último Papanicolau _____	NORMAL	ANORMAL
Fecha de su último exámen de seno _____	NORMAL	ANORMAL

<b>MEDICINAS OCCIDENTALES</b>		
<b>Pos favor liste todas las medicinas, suplementos o hierbas que esta tomando</b>		
Yo no tomo	O Medicinas Occidentales	O Suplementos
		O Hierbas
<u>Medicina/Suplemento/Hierba</u>	<u>Usado para tratar</u>	<u>efectos secundarios</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<p><b>Para uso administrativo solamente.</b></p> <p>Necesita referidos para: _____</p> <p>Referidos Hechos para: _____</p> <p>Misc: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Acupunturista haciendo la revision:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p> <p>Peso: _____</p> <p><b>El profesional que lo trata generará su plan de tratamiento.</b></p>
--