

Bienvenidos a **Pathways to Wellness**. Por favor llene esta forma en detalle. Toda la información en esta forma es confidencial y será utilizado solamente por individuos de Pathways, a menos que usted nos dé autorización escrita para proveer esta información a otros.

Nombre _____ MI _____ Apellido _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

HABITACIÓN Permanente No-permanente Institución Otro

Teléfono -día _____ noche _____

Típicamente nosotros llamamos el día antes para confirmar la cita del próximo día.

Para mantener confidencialidad, todos los clientes se le asigna un código consistiendo de:

____ _ / ____ / ____ - ____ - ____
Primeras 3 letras del nombre de su madre Fecha de Nacimiento Numero de Seguridad Social

Genero: Hombre Mujer Transgenero No Sabe/No Reportado

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Su Medico y Hospital: _____

Desea Ud. Recibir por correo información sobre nuestra organización? (Circule) SI NO

Email: _____

Cuántas horas trabajas o es voluntario cada semana? _____ Oficio: _____

Como Aprendiste de Nosotros: Por Favor marque solo uno

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sitio de consejo/ Examen | <input type="radio"/> Organización de servicios de SIDA |
| <input type="radio"/> Medico/ Enfermera | <input type="radio"/> Sistema de Justicia Criminal <input type="radio"/> Vio una Presentación |
| <input type="radio"/> Director de Casos | <input type="radio"/> Otra localidad de Pathways Donde? _____ |
| <input type="radio"/> Clínica de abuso de drogas | <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Otro _____ |

Etnicidad :

Tienes linaje Latina? No Si Especifica: _____ No Sabe

Por Favor marque todo que le aplique

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Blanco | <input type="radio"/> Africano Americano/Negro | <input type="radio"/> Haití |
| <input type="radio"/> Portugués | <input type="radio"/> Braziliano | <input type="radio"/> Asiático |
| <input type="radio"/> Hawaiano/ Isleño del Pacifico | <input type="radio"/> Capo Verdean | |
| <input type="radio"/> Indio Americano/ Esquimal | <input type="radio"/> No Sabe/ No Reportado | |
| <input type="radio"/> Otro Especifica _____ | | |

Lenguaje: Es el Ingles su secunda lengua? : Sí No
 Ingles Portugués Haitian/Crioulo
 Español Crioulo (Capo Verdean) Asiático Francés
 Señal de Manos Otro _____

Deseas Ud. que sepamos como se identifica? : (Opcional)

*O Homosexual/ HCH O Heterosexual O Transgenero O Lesbiana/MCM O Bisexual
O Preguntándose*

HAS TOMADO EXAMEN PARA:

SIDA? Sí No Resultado: VIH+ VIH- No Sabe

Tuberculosis? Sí No Resultado: Positivo Negativo Portador Crónico

Hepatitis A? Si No Resultado: Positivo Negativo

Hepatitis B? Si No Resultado: Positivo Negativo Portador Crónico

Hepatitis C? Si No Resultado: Positivo Negativo

Sí Hepatitis C: Resultado de las funciones del hígado Normal Anormal

Si tienes VIH/SIDA, por favor respondas a las preguntas en esta sección:

VIH+ (no-SIDA) VIH+ (estado de SIDA no se sabe) SIDA (definido por CDC)

Fecha de Diagnósis VIH+: _____ Fecha de Diagnósis de SIDA:

_____ Mes/Dia /Ano _____ Mes/Dia/Ano
 Ultima cuenta de Células-T _____ Fecha de Pruebas: _____ (Mes/Dia/Ano)

Ultima cuenta del VIH: _____ Fecha de Pruebas: _____ (Mes/Dia/Ano)

Cómo crees Ud. Que se contagio con el VIH? [marque todo que le aplique – requerido por nuestro fundador]

Sexo con otro hombre (HCH) Nacimiento
 Usanza de drogas injertadas Exposición en el trabajo
 Heterosexual Sexo mujer con mujer (MCM)
 Hemofilia / desorden de coagular de sangre Bisexual
 Recepcion/traslado de sangre, componente
 o tejido de sangre Otro,
 especifique: _____

Ha fumado cigarrillos en el pasado? Si No
 Todavía fumas? Si No Cuantos cigarrillos al día? _____
 Cuantos vasos toman cada día? _____ cafeína _____ agua
 Durante el mes pasado, ha tomado alcohol?
 nunca <5 bebidas/semana 5-15 bebidas /semana >15 bebida /semana
 Durante el ano pasado, ha usado drogas? Sí No
 En su opinión, estas abusando el alcohol o drogas? Si No
 Esta recuperando de drogas? Si No Cuanto tiempo hace? _____
 Esta ahora en un programa de tratamiento de drogas/alcohol? Si No
 Ha atentado suicidarse? Si No
 Esta ahora en terapia? Sí No

ESTADO DE SALUD

Cuales son sus síntomas / problemas principales, porque deseas tratamiento?

Durante este año, ha requerido:

Hospitalización? Sí No # Días _____ Razón _____

Visita a la Emergencia? Sí No # Visitas _____ Razón _____

Servicios de ayuda en casa? Sí No Si es sí, por favor descríbelo _____

Por favor liste con fechas surgirías pasadas, hospitalizaciones, y enfermedades serias:

DIAGNOSTICAS OCCIDENTAL

Por favor marque las diagnosticas occidental que tienes o has tenido en el pasado:

diabetes

ataque de corazón

múltiple esclerosis

toxoplasma gondii

neuropatía

epilepsia/ ataques

cryptosporidium

demencia

desorden de atención déficit

desorden de comer

artritis

síndrome de desgaste

fibromialgia

carpal túnel syndrome

alergias a metal

síndrome de fatiga crónica

marcapaso

candidiasis

herpes

CMV infección

bacteria de septicemia

endocarditis

recurrente salmonera

pélvico inflamatorio

neumonía: que tipo _____ enfermedades transmitida sexualmente: que tipo:

cáncer: que tipo: _____

otro: _____

situación sobre la salud mental: que tipo

PREGUNTAS DIAGNOSTICAS

Durante el mes pasado, por favor indique los síntomas que usted ha experimentado.

Por favor marque su respuesta conforme a la severidad del síntoma.

L=Liviano M=Mediano S=Severo

Si no tiene el síntoma no lo marque.

CABEZA, OJOS, OREJAS, NARIZ, GARGANTA

L M S Problemas de seno L M S Hemorragia nasal L M S Boca seca
L M S Dificultad en tragar L M S Dolencia de boca/garganta L M S Candida/Leucoplasia
L M S Dolor de cabeza L M S Dental L M S Sed
L M S Problemas de oreja L M S Problemas de vista L M S Mareo
L M S Esturndez/catarro L M S otro (especifica)_____

RESPIRATORIO

L M S Corto de respiro L M S Dolor con respiro L M S Flema
L M S Sangre en el esputo L M S Resollar L M S Tos
L M S Bronquitis L M S Acatarrado L M S Dolor de pecho
L M S Otro (especifica)_____

GASTROINTESTINAL

L M S Perder apetito L M S Calambre de abdomen L M S Nausea
L M S Gas/Hinchado L M S Estreñimiento L M S Diarrea
L M S Adelgazar L M S Hemorroides L M S Vomitando
L M S Acedía L M S Otro (especifica): _____
L M S Ictericia

CARDIOVASCULAR

L M S Baja presión L M S Alta presión L M S Palpitación

GENITOURINARIO

L M S Orinar frecuentemente L M S Orinar de noche L M S Impotencia
L M S Deprimido del sexo L M S Dolor L M S Hinchado
L M S Llaga genital L M S Verruga genital
L M S Otro (especifica)_____

MUSCULAR/ESQUELETO

L M S Dolor de músculo / coyuntura L M S Dolor de espalda L M S Debilidad
L M S Dolor, hormigueo, entumecido en los brazos, dedos, pies, y las piernas
L M S Dolor de cuello/hombro L M S Otro (especifica)_____

NEUROLÓGICO/PSICOLOGICO

L M S Depresión L M S Inquietud L M S Temor
L M S Mal de humor/enojo L M S Desorientado L M S A olvidadizo

Drogas Anti-Viral:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> AZT (retrovir) | <input type="checkbox"/> 3TC | <input type="checkbox"/> ddc (hivid, zalcitabine) |
| <input type="checkbox"/> ddi (videx) | <input type="checkbox"/> d4t (zerit) | <input type="checkbox"/> Interferon |
| <input type="checkbox"/> Interleukin - 2 | <input type="checkbox"/> Immunoglobulin IV | <input type="checkbox"/> ziagen (abacavir) |
| <input type="checkbox"/> combivir (AZT & 3TC en una pílora) | | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> adefovir | <input type="checkbox"/> Emtriva | <input type="checkbox"/> Truvada |
| <input type="checkbox"/> Vitrea | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Inhibidores de la Proteasa:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ritonavir
(Norvir) | <input type="checkbox"/> Saquinavir
(Invirase) | <input type="checkbox"/> Indinavir
(Crixivan) |
| <input type="checkbox"/> Nelfinavir
(Viracept) | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Agenerase (amprenavir) | <input type="checkbox"/> fortovase | <input type="checkbox"/> Kaletra |
| <input type="checkbox"/> Reyataz (atazanavir) | | |

Drogas Anti-Retrovirales:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hydroxyurea | <input type="checkbox"/> Fuzeon | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

Anti-Depresión/ Anti-Ansiedad/ De Dormir

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prozac | <input type="checkbox"/> Elavil | <input type="checkbox"/> Zoloft |
| <input type="checkbox"/> wellbutrin | <input type="checkbox"/> klonopin | <input type="checkbox"/> remeron |
| <input type="checkbox"/> desipramine | <input type="checkbox"/> celexa | <input type="checkbox"/> effexor |
| <input type="checkbox"/> trazadone | <input type="checkbox"/> luvox | <input type="checkbox"/> clonazepam |
| <input type="checkbox"/> nortriptylene | <input type="checkbox"/> risperdal | |

Condicion Secundario:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Acyclovir (Zovirax) | <input type="checkbox"/> Bactrim | <input type="checkbox"/> Clindomycin (biaxin) |
| <input type="checkbox"/> fluconazole (Diflucan) | <input type="checkbox"/> Foscarnet | <input type="checkbox"/> Dapsone |
| <input type="checkbox"/> Pentamidine | <input type="checkbox"/> Ganciclovir | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> itraconazole | <input type="checkbox"/> leucovirin | <input type="checkbox"/> mepron |
| <input type="checkbox"/> zithromax | <input type="checkbox"/> famvir | <input type="checkbox"/> famciclovir |
| <input type="checkbox"/> gemfibrozil | <input type="checkbox"/> ethambutol | <input type="checkbox"/> lomotil |

Inhibidores de la Transcriptasa Inversa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Viramune (nevirapine) | <input type="checkbox"/> Rescriptor (delavirdine) |
| <input type="checkbox"/> efavirenz (DMP or Sustiva) | |

Otro:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Multa vitamina | <input type="checkbox"/> Immodium | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|

MEDICINAS OCCIDENTALES

Por favor haga una lista de todas las medicinas/suplementos/hierbas que tomas:

O No usa medicinas occidentales ahora

Medicina	Se usa para tratar	Efecto secundario perjudicial
-----------------	---------------------------	--------------------------------------

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____

Nivel de Adhesión: Totalmente, durante el mes pasado, has tomado sus medicinas:

O Casi nunca O Menos de 50% del tiempo O 50% del tiempo O Regularmente

Signatura del Cliente: _____ **Fecha:** _____

PARA USO DE ADMINISTRACION SOLAMENTE

(ADMINISTRATIVE USE ONLY)

Referidas necesarios (Referrals needed for):

Referido a (Referrals made to):

Generalmente (Misc): _____

Acupunturita examinador (Reviewing Acupuncturist): _____ Fecha (Date):

Peso (Weight): _____ **K- Apuntación (Kscore):** _____

**EL ACUPUNTURISTA DEBE DE INICIAR UN PLANO DE TRATAMIENTO
(TREATING PRACTITIONER SHOULD GENERATE TREATMENT PLAN)**