

HEALTH & HOPE INSTITUTE
Permite que la Naturaleza y tu Corazón guíen tu Viaje de Sanación

REGISTRO MEDICO – PACIENTES NUEVOS.

Fecha _____ **Apellido** _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____

Fecha y Lugar de Nacimiento _____ / _____ Edad _____ SS# _____

Sexo M__ F__ Estatura _____ Peso _____ Estado Civil **C-S -V-D**. Edades de los hijos _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Teléfono _____ Celular _____ E-mail _____

En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono _____

Medico que le trata: _____ Especialidad y Teléfono: _____

Diagnóstico _____ Pronóstico _____ Ultima Visita _____

Ocupación _____ Cuantas hrs. al día: Tiene Stress __ Trabaja __ Duerme __

Como se enteró de nosotros?/Referido por: _____

Por favor escriba tres (3) necesidades de salud en orden de importancia:

Tratamientos recibidos: _____

Otros síntomas: _____

Sus síntomas interfieren con: Trabajo __ Ejercicio __ Sueño __ Sexualidad __ Otro _____

Historia Médica (Enfermedades): Cáncer__ Diabetes__ Enfermedades Cardíacas__

Presión Alta__ Hepatitis__ Fiebre Reumática__ Tiroides__ Problemas de Riñones _____

Epilepsia __ Problemas inmulógicos __ Enfermedad Degenerativa/Crónica _____

Alergias _____ Stress: (Emocional, Fisico, Ocupacional) _____

Cirugías/Cicatrices Cuando _____

_____ Ejercicio (tipo/ cuanto) _____

Historia de Nacimiento (Parto prolongado o de Emergencia) _____ Traumas

significativos/Cuando(Accidentes de carro, caídas, etc) _____

Dieta y Estilo de Vida: Cuantas porciones/ o vasos al día? Cigarrillos _____ Café __ Te __

Soda __ Dulce __ Sal __ Vegetales __ Harinas/Cereales __ Nueces/Semillas __ Frutas _____

Cereal/Harinas __ Comidas congeladas/Microhondas _____ Alcohol __ Otras _____

Drogas: a. Prescripción medica _____

b. Sin prescripción medica _____ c. Recreacional _____

d. Vitaminas /Hierbas Medic. _____

Sist. Cardiovascular: Presión Sanguínea: Alta__ Baja__ Normal__. Arritmia__
Coágulos__ Debilidad/mareo__ Dolor/Presión en pecho__ Manos y/o Pies fríos__
Dificultad para respirar__ Flebitis__ Varicosidades__ Sudor en las manos y pies__
Marcapasos__ Problemas Circulatorios__

Historia Medica Familiar (Padres, Hermanos, tíos, abuelos) con: Diabetes__ Alcoholismo__
Uso de Drogas__ Problemas Cardíacos__ Cancer__ Alzheimer's__ Otros__

Sist. Respiratorio

Tos__ Tos con sangre__ Presión en el pecho__ Congestión en el Pecho__
Dificultad para respirar cuando se acuesta__ Historia de: Neumonía__, Bronquitis__
Asma__. **Flema:** __ Delgada__ Espesa__ Color__ Cuando__
Otros problemas en los pulmones__

Sist. Gastrointestinal:

Nauseas__ Vómito__ Reflujo__ Gases__ Estreñimiento__ Diarrea__ Cólico__
Eructos__ Dolor rectal__ Hemorroides__ Sangrado: __ Rojo__ o Café__ Mal
aliento__ Inflamación Abdominal__ Uso de laxantes: __ Con que frecuencia?__
Movimientos fecales por día?__ Color__ Textura/Forma__ Presión/Pesadez
en Abdomen__ Otros__

Sist. Urinario y Reproductivo:

Dolor o ardor al orinar__ Cuantas veces Orina: en el día__ en la noche__. Sangre
al orinar__. Impotencia__ Eyaculación prematura__ Disminución de Libido__
Incontinencia urinaria__ Enfermedades Venéreas__ Otras__

Sist. Músculo-Esqueletico:

Dolor en el cuello__ Dolor en la cintura__ Fracturas__. Dolor articular__ Dolor
muscular__ Problemas al caminar__ Discos Vertebrales Herniados/Inflamados__
Malformaciones__ Problemas en ligamentos o músculos__ Otros__

Sist. Neuro-Psicológico:

Convulsiones__ Mala memoria__ Mala circulación (Homiguelo/Adormecimiento) __
Problemas nerviosos__ Concusión cerebral__ Golpes en la cabeza__ Problemas en
la columna__ Visión borrosa__ Migraña__ Mal de Parkinson__ Mal de
Alzheimer__ Problemas de coordinación__ Perdida de Balance: al Caminar__
Al estar de pie__ Al cambiar de posición__. Stress (Cuando?)__ Ansiedad__
Depresión__ Paranoia__ Baja Autoestima__ Irritabilidad__ Frustración__ Consultas
Psicológicas/Psiquiátricas Cuando?__ y Porque?__
Pensamientos o Actos Suicidas /Cuando?__ Otros__

El sentimiento/ la emoción más predominante o frecuente__

Información Ginecológica:

De Embarazos ____ Número de Nacimientos: A Termino ____ Prematuros ____
Abortos ____ Perdidas ____ Edad de la primera menstruación ____ Duración de la
mestruacion (Días) ____ Períodos irregulares ____, cada cuantos dias? ____ Sangrado (Poco,
mediano, fuerte) ____ Coágulos ____ Ultimo PAP ____ Ultima menstruación ____
Flujo Vaginal (color, cantidad, olor) ____ Infecc. Fungales __ Irritación
/Resequedad Vaginal ____ Dolor vaginal ____ Masas en los senos __ Fibroquistica de
Seno __ Síntomas Pre-mestruales (físico, emocional) ____
Menopausia __ Calores __ Sudores __ Anticonceptivos (tipo/duración) ____
Alguna posibilidad de estar en embarazo: ____ Otros ____

General:

Dormir: # de horas ____ Calidad: Mucha ____ Poca ____ Se siente descansado y con
energía: Si __ No __. Insomnio (A que hora?) ____ Dificultad para: Dormirse rápido
____, Permanecer dormido ____ Sueños perturbadores __ Somnolencia en el día ____
Apetito: Excesivo ____ Poco ____ Fatiga ____ Tembladera __ Vértigo __ Fiebre __
Sensación de frio __ Sensación de Calor: Cara ____ Pecho __ Manos __ Pies __. Suda
con facilidad __ Suda en las noches (A que hora?) ____ Relaciones Intimas (nivel de
satisfacción: Poca, mediana, buena.) ____
Manos frías __ Pies fríos __ Frió en las espalda __ Frió en el abdomen ____ Cirugía
de emergencia (cuando?) ____ Debilidad localizada ____ Olores o
sabores extraños ____ Sed extrema (Bebidas frías/calientes) ____
Sangrado /morados fácilmente (donde?) ____ Tensión en lo
ojos ____ dolor en los ojos __ Gafas __ Dificultad para ver en la noche ____
Daltónico __ Cataratas ____
Dificultad al escuchar ____ Sangrado por la nariz __ problemas de sinusitis __ Tinitus
(agudo/bajo) ____ Problemas dentales ____ Problemas en las encías __ Recurrente
dolor en la garganta (Mes) ____ Boca seca __ Garganta seca __ Saliva copioso __
Transfusiones de sangre __ Sarpullido __ Eczemas __ Ulceraciones __ Acne __
Picazón __ Cambios en el cabello/textura de la piel ____ Perdida del cabello ____
Seborrea __ Ictericia __ Otros ____ **Alguna**
enfermedad infecciosa __ Tuberculosis __ Hepatitis __ Otras ____
Dolores de cabeza: Hace cuanto? ____ Por que empezaron? ____ Donde?
____ Como empezaron? ____ Como se sienten? ____ A que hora
aparecen? __ Como mejoran? ____ Otros ____

Preferencias: Estación Sabor Color Clima Hora del día Temperatura

Le gusta mucho ____
No le gusta ____

Información adicional / Preguntas / Expectativas al recibir el tratamiento en el Instituto
Salud y Esperanza ____

Patient Name: _____ Fecha _____

INFORMED CONSENT TO ACUPUNCTURE & ALTERNATIVE MEDICINE TREATMENT

I give consent to receive Acupuncture and Oriental Medicine treatments and any procedures associated with Natural Healing and Alternative Medicine that could be provided at Health & Hope Institute.

I understand that the methods of treatment may include, but are not limited to, Acupuncture (Chinese, Japanese, Toyohari), Acupressure, Moxibustion (burning of the herb Artemisa Vulgaris), Cupping, Guasha, Cranio-Sacral Therapy, Electrical stimulation, Homotoxicology, Nutritional Counseling, Therapeutic Massage and Tui Na (Chinese Massage).

I have been informed that acupuncture is a Safe Mode of Therapy, but in few cases it may cause some bruising, numbness, tingling or dull sensation near needling sites, which may last for a few hours. Very few patients may experience dizziness and/or fainting (Usually happening if patient has not eaten prior to treatment or if is very debilitated).

Very unusual complications due to practitioner’s lack of knowledge or experience, may include nerve damage, puncture of a major artery or the lung (pneumo-thorax); however, at Health & Hope Institute, only highly skilled Point Location and Needling techniques are applied.

Infections are another remote risk; however, this clinic, Health & Hope Institute, uses Sterile, Disposable needles, and maintains a Safe and Clean Environment. Local Burns and/or Minor Scarring are a potential risk of moxibustion.

I will notify my Acupuncture Physician of any significant changes in my condition or concerns that I may have. ***Female Patient: I will notify my Acupuncture Physician if I become pregnant, because of the risk of spontaneous miscarriage with the strong stimulation of certain points.***

I do not expect my Acupuncture Physician to anticipate and explain all the possible risks and complications of treatment; I will rely on my practitioner to exercise judgment during the course treatment, which she may think necessary at the time, based upon the facts known to her, to be on my best interests.

By voluntarily signing below, I show that I have read, or have had read to me this consent to treatment; have been told about the risks and benefits of Acupuncture treatments and associated procedures, and have had an opportunity to ask questions regarding same.

My Acupuncture Physician may discontinue treatment at any time in the event that no significant improvement for my condition seems to be achieved.

I intend for this consent to cover the entire course of therapy for my present condition, and for any future condition(s) for which I may seek treatment.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, YO DOY AUTORIZACION AL INSTITUTO SALUD Y ESPERANZA (HEALTH & HOPE INSTITUTE, LLC) PARA PROVEER TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA, MEDICINA ORIENTAL Y/O MEDICINA ALTERNATIVA (Incluyendo, pero no limitado a Homeopatía/Homotoxicología, Terapia Cranio-Sacral, Consejería Nutricional, Masaje Terapéutico) PARA TRATAR MIS NECESIDADES DE SALUD PRESENTES Y/O FUTURAS.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Doctor’s Signature