

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: _____ Su Especialidad y el 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 inmrológicos ___ 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, tios, 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 Terminó ___ 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) _____ Infec. 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___ Poca___ Fatiga___ Tembladera___ Vértigo___ Fiebre___
Sensación de frío ___ 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 extremada (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