

Wilder Health~Acupuncture and Herbal Medicine

P.O. Box 845, Oroville, CA, 95965 wilderhealth@gmail.com

INFORMACIÓN DE PACIENTE	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Fecha _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad Estado código _____ Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Altura _____ Peso _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación _____ Compañía _____ Doctor de cabecera _____ Tel. del Doctor _____ ¿Como se enteró de nosotros? _____ _____	Tel. de la casa _____ Tel. del trabajo _____ Otro/celular _____ Email _____ Contacto alternativo en caso de necesidad: Nombre _____ Relación _____ Tel. de la casa _____ Tel. del trabajo _____ Seguro de salud _____ # de póliza _____ Dirección _____ _____

HISTORIAL MÉDICO	
------------------	--

¿Que son sus preocupaciones para tratamiento? 1. _____ 2. _____ 3. _____ ¿Como esta durmiendo? _____ _____ ¿Como es su digestión? _____ _____ ¿Que comes para desayuno? _____ Almuerzo _____ Cena _____ Alergias _____ Hábitos: <input type="checkbox"/> cigarillos <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> té <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> marihuana <input type="checkbox"/> azúcar <input type="checkbox"/> pastillas para el dolor <input type="checkbox"/> otra _____ Ejercicio _____ x/semana _____ Enliste los medicamentos, suplementos que este tomando y/o terapias concurrentes _____ _____ Enliste enfermedades, accidentes, cirugías. _____ _____ Marque las enfermedades de familiares de sangre: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Ataque cerebral <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Embolia cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Enf. De Riñones <input type="checkbox"/> Epilepsia	Marque los síntomas que tiene o ha tenido en el último año: <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"/> Fatigo/cansancio <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Perdida de sueño/ duerme mal <input type="checkbox"/> Perdida o aumento de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ irritabilidad <input type="checkbox"/> Abruado(a) por la vida <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrico <input type="checkbox"/> Otra: Marque los problemas que tiene o ha tenido: <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alérgias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Problemas de sangramiento <input type="checkbox"/> Bultos en los senos <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes ¿Cuando fue la ultima vez que se hizo un físico?
--	---

Historial Médico Continuación...	
Marca los síntomas que ha sentido en el ultimo año:	

Musculos/Articulaciones/Huesos	Cardiovascular
---------------------------------------	-----------------------

- Temblores/calambres
- Inflamación de articulaciones
- Dolor, debilidad o entumecimiento en:
- Brazos/caderas
- Espalda o piernas
- Pies
- Cuello
- Manos
- Hombros
- Otro _____

Ojos/Nariz/Garganta/Respiratorio

- Asma/sibilancias
- Visión mala o borrosa
- Dificultad de respirar
- Dolor de oído
- Ganglios engrandecidos
- Dolor de los ojos
- Gripes frecuentes
- Fiebre de heno
- Ronquera/afónica
- Problemas de encías
- Sangrado por la nariz
- Pérdida del audición
- Tos persistente
- Zumbido del oído
- Sinusitis

Piel

- Barros
- Moratones que se forma con facilidad
- Piel seca/comezón/irritación
- Piel sensitiva
- Úlcera que no sana
- Sudor/transpiración

Genito/Urinal

- Sangre/pus en orina
- Orina con frecuencia
- Dificultad para controlar la orina
- Infección o piedras en los riñones
- Impulso sexual menos intenso

- Dolor de pecho
- Endurecimiento de las arterias
- Presión alta o baja
- Dolor sobre el corazón
- Mala circulación
- Ataque del corazón
- Latidos del corazón rápidos o irregulares
- Hinchazón de los tobillos (pantorrilla)

Gastrointestinal

- Inflamación del vientre/gas/erupto
- Problemas del colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Abdomen hinchado
- Hambre excesiva
- Problemas de vesícula
- Hemorroides
- Mala digestión
- Náusea
- Dolor sobre el estómago
- Falta de apetito
- Vómitos

Solo para Hombres

- Problemas de erección
- Secreción del pene
- Problemas de próstata

Para Mujeres Solamente

- Sangrado entre periodos
- Coágulos en menstruación
- Sangramiento menstrual excesivo
- Dolor menstrual extremo
- Ciclos irregulares
- Síntomas de menopausia
- Síntomas pre-menstruales
- Abortos involuntarios
- Menstruación poco abundante
- ¿Podría estar embarazada?

Firma La información en este formulario es correcta de acuerdo con mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____