



Melida I Gonzalez, L.Ac., Dipl.O.M.
 Acupuncture & Herbal Medicine
 3320 Second Ave., San Diego, CA, 92103
 Ph. 619.253.7884 / Fax 619.362.9544

INFORMACION PERSONAL (Confidencial)

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel. Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Celular/Tel. Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra Clínica? _____

Sexo: Mujer Hombre

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a # de Hijos: _____

Acupuntura Previa: SI / NO Cuándo? _____ Razón? _____

Por favor indique cualquier enfermedad significativa que usted o algún pariente sanguíneo haya tenido:

Enfermedad	Usted	Pariente	Cuando?	Enfermedad	Usted	Pariente	Cuando?
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desórdenes Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad Infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enfermedades Sexualmente transmitidas:

Gonorrea Sífilis VPH VIH Clamidia Herpes Fecha: _____

Liste cualquier medicamento y suplemento que este tomando actualmente: (continúe al reverso si es

necesario):

Medicamento	Dosis	Motivo	Por cuanto tiempo?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Circule S (Si) ó N (No):

Tiene Alergias: S / N

Esta tomando algún tipo de Anti-Coagulante: S / N

Tiene Marcapasos: S / N

Fuma Tabaco: S / N Cantidad? _____

Usa Drogas Recreativas: S / N

Toma Alcohol: S / N Cantidad? _____

Liste cualquier alergia a medicamentos, alimentos y elementos ambientales: _____

HISTORIAL MEDICO PARA MUJERES

Edad del primer periodo (Menarquia): _____ Esta Embarazada? Si / No # de Embarazos: _____
 Edad de Menopausia: _____ # Nacimientos vivos _____ # Abortos: _____ # Abortos Espontáneos: _____
 Número de días entre periodos: _____ Fecha de Ultimo examen ginecológico: _____ Papanicolau: _____
 Número de días de flujo: _____ Mamografía: _____ Resultados: _____
 Cantidad de Flujo : Escaso Moderado Abundante
 Explique: _____
 Color de Sangrado: (Rojo Claro, Rojo, Rojo oscuro, marrón o café) _____ Coágulos? S / N Color: _____
 Le han diagnosticado: Fibroides Quistes Fibrosos en los Senos Endometriosis Quistes Ováricos EPI
 Otra: _____ Cólicos menstruales? S / N Ubicación? _____
Tipo de dolor (Indique si antes, durante o después de menstruación): _____

Otros síntomas de su periodo :

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Punzadas | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Cambio de Ánimo | <input type="checkbox"/> Apetito Voraz |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Bochornos | <input type="checkbox"/> Sudor nocturno |
| <input type="checkbox"/> Dolor Sordo | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Dolor de Busto | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Insomina |
| <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Intermitente | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensación de presión | | <input type="checkbox"/> Incremento de Libido | | <input type="checkbox"/> Reducción de Libido |

HISTORIAL MEDICO HOMBRES

Fecha de ultima revisión de Próstata: _____ Resultados de PSA: _____ Resultado de examen manual de próstata: _____
 Resultados de Laboratorio: _____
 Tiene Frecuencia de Orina? S / N Día? _____ Noche? _____ Color de Orina: Clara Oscura Olor: S / N

Síntomas relacionados a la próstata:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Flujo Débil | <input type="checkbox"/> Reduccion de Libido | <input type="checkbox"/> Eyacuación precoz |
| <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil | <input type="checkbox"/> Incremento de Libido | <input type="checkbox"/> Dolor Testicular | <input type="checkbox"/> Disfunción Rectal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de Ingle | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Retención Urinaria |
| Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Hiperplasia Benigna Prostática |

LISTA DE SINTOMAS (favor de checar los síntomas que apliquen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de Apetito | <input type="checkbox"/> Heces de color claro | <input type="checkbox"/> Cansancio Mental |
| <input type="checkbox"/> Apetito excesivo | <input type="checkbox"/> Uñas blandas o frágiles | <input type="checkbox"/> Reírse sin razón |
| <input type="checkbox"/> Heces blandas o diarrea | <input type="checkbox"/> Irritabilidad, se molesta con facilidad | <input type="checkbox"/> Dolores de Angina |
| <input type="checkbox"/> Problemas digestivos/Indigestión | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer planes o tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Vomito, eructo, gas | <input type="checkbox"/> Sensible a cambios climáticos | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Acidez, Reflujo | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Heces con sangre |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Alergia al polen | <input type="checkbox"/> Heces negras |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Tendencia desmayarse con facilidad | <input type="checkbox"/> Le salen moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Disminución en el sentido del olfato | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sensación de retención de comida |
| <input type="checkbox"/> Problemas nasales | <input type="checkbox"/> Perdida de peso repentina | <input type="checkbox"/> Tendencia a obsesiones con trabajo, relaciones, etc. |
| <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares | <input type="checkbox"/> Problemas de vista | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Ictericia (ojos o piel amarillentos) | <input type="checkbox"/> Sentimiento de claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de las Rodillas | <input type="checkbox"/> Dificultad de digerir comidas grasosas | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Disminución Auditiva | <input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula | <input type="checkbox"/> Colitis o Diverticulitis |
| <input type="checkbox"/> Piedras Renales | <input type="checkbox"/> Dificultad para dejar de sangrar | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Disminución de apetito sexual | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Perdida de cabello | <input type="checkbox"/> Tendencia a refritos con facilidad | <input type="checkbox"/> Uso reciente de antibiótico |
| <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios | <input type="checkbox"/> Intolerancia | |
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Insomnio, dificultad para dormir | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Taquicardia | |
| <input type="checkbox"/> Dolor Ciático | <input type="checkbox"/> Pies y manos fríos | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Pesadillas | |
| <input type="checkbox"/> Dolor o enfriamiento en área genital | | |

Política de Cancelación y Pago

Le pedimos amablemente que lea y firme al final de la hoja donde se le indica:

Política de Cancelación

Todos los servicios y productos deberán ser pagados el día de su cita. Usted es responsable de co-pagos, deducibles y costo de servicios al momento de su cita.

Muchos Seguros Médicos cubren Acupuntura, esta oficina no puede garantizarle que su Seguro Medico cubra el costo completo de su tratamiento. La política de seguros médicos varia en términos de deducibles y porcentajes para cubrir el costo de Acupuntura. Nosotros le proveeremos con la documentación apropiada y necesaria para reembolso individual de sus tratamientos.

Política de Cancelación

Favor de contactarnos por teléfono o correo **MINIMO 24 HORAS** antes de su cita si desea cancelar o cambiar su cita para evitar la tarifa de cancelación de \$50 dólares, ya que se le reserva un espacio para su cita y este podría ser utilizado por otros pacientes que este en lista de espera.

Tomamos en consideración y entendemos que emergencias suelen pasar en ultimo momento y trataremos de entender su caso de manera individual.

Gracias por su consideración y cooperación!

Si usted ha entendido y comprendido completamente las políticas de cancelación y pago firme aquí:

Firma de el paciente o persona autorizada

Fecha