



## **BIENVENIDO A IYASHI WELLNESS**

Para poderle servir mejor, abajo hay una lista de cosas que debe preparar antes de su primera visita

- \* Llene y firme todas las formas antes de su cita.
- \* No nos responsabilizamos por enviar pedidos de pago a las compañías de seguro o a los administradores de cualquier negocio o compañía.
- \* Se espera el pago en forma de cheque, en dinero en efectivo, o con tarjeta de credito al momento que Ud. reciba el tratamiento.
- \* Ud. encontrará aparcamiento en el edificio que deberá pagar, o en las calles con el parqueo de metro o restringido. (Chequee las horas y días u otras restricciones para estacionar).
- \* En la primera visita gastara aproximadamente una hora y media, y una hora por las visitas siguientes.
- \* Traiga su forma de nuevo paciente para la primera visita: todas formas de nuevo pacientes deberán completarse antes de su primera visita. No vacile en hacernos cualquier pregunta que pueda tener.
- \* Póngase ropa cómoda y ligera para las visitas.
- \* No venga con el estomago vacío. Termine sus comidas al menos una hora antes del tratamiento.

***De nuevo, bienvenido a Iyashi Wellness y estamos esperando servirle lo mejor!***

Nuestra dirección:

**The Gardens**

**2001 S. Barrington Ave., Ste. 111**

**Los Angeles, CA 90025**

**(310) 770-9560**

## Datos Personales Confidencial

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social: - - Fecha de Nacimiento: / / Edad: Sexo: F / M

# de licencia de conducir: Estado: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección de casa: Número telefónico de casa:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Celular: Correo electrónico:

Ocupación del Paciente: Nombre del Empleo:

Dirección del Empleador: Número del Trabajo:

¿Podemos dejar un mensaje a los numeros de telefono que nos proporcionó? S / N ¿Cual número?

Contacto de emergencia: La relación al paciente:

Telefono del contacto de emergencia:

¿Quién lo refirió a esta clínica?: ¿Le podemos contactarlo a agradecerlo? S / N

¿Ha tenido asistencia profesional por los problemas que Ud. presenta hoy u otros similares?

¿Si es así, con quién y cuando?

Nombre de la compañía de su Seguro de Salud:

Número de identidad: Teléfono:

Nombre del Asegurado (si es otra persona diferente de Ud.): Parentezco

Nombre del Médico de Familia: Teléfono:

**Información de Pago**

Tarjeta de credito \_\_\_\_\_ Número de tarjeta de credito \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_ Firma de autorización \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

### *Póliza de Nuestra Oficina*

1. Nuestra oficina no le cobra directamente a los seguros. Se espera que los pacientes paguen cuando se les atiende. No nos hacemos cargo de cobrarles o de negociar un reclamo en dispute a la compañía de seguros.
2. Si no puede asistir a su cita, por favor cancele por lo menos 24 horas antes de la cita prevista, para evitar que se le cobre la consulta. Si falta a la cita se le cobrará la consulta completa.
3. Por cada cheque sin fondos que regrese el banco, se le cobrará \$35.00.
4. Habrá un cargo de \$2 por cada frasco de medicina que regresen sellado y que no sea personalizado. Todos frascos que no haya sido formulado para una persona específica o cualquiera otro que esté abierto no se puede regresar.
5. Doy mi autorización para entregar cualquier expediente médicos u otra información que sea necesaria para el proceso de cualquier reclamo con mi seguro médico.
6. Los menores de 18 años deben pedirle a sus padres o guardián que firmen al final de ésta formulario.
7. Se requiere por ley que Iyashi Wellness mantenga privacidad y confidencialidad sobre su historial médico protegido. La póliza está a su disposición para que la lea en nuestra sala de espera o puede pedir una copia. Siéntase en libertad de pedirle más información a la recepcionista.

*Hé leído y estoy de acuerdo con los términos arriba mencionados. Toda esta información aquí es verdadera en lo mejor de mi conocimiento.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(primero) (segundo) (apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: H / M Estado marital: S. C. D. V.

*Para que el tratamiento sea exitoso solamente es posible cuando la acupunturista tiene una completa comprensión del estado físico, mental y emocional del paciente. Por favor conteste el siguiente cuestionario tan completo como le sea posible. Escriba en letras de imprenta la información e indique las áreas que no estén claras con una interrogación. Gracias.*

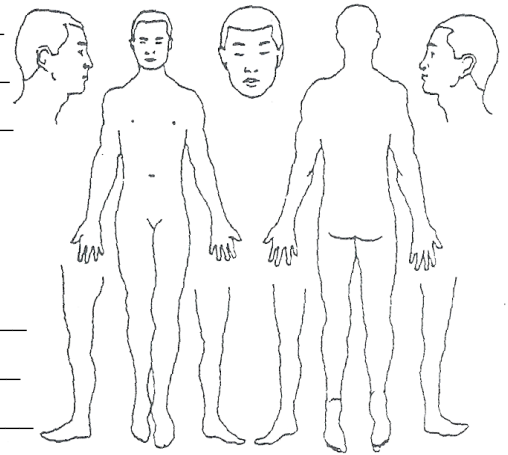
1. ¿Cuándo y dónde recibió su último tratamiento de salud? \_\_\_\_\_  
 Por qué razón? \_\_\_\_\_

2. ¿Por favor, indique el problema de salud que lo ha traído hoy acá:

A. \_\_\_\_\_

*Favor de marcar los áreas afectados*

- ¿Cuándo ocurrió por primera vez, o fue diagnosticado? \_\_\_\_\_
- ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_
- ¿Le ha ocurrido esto en el pasado? S / N ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- Está relacionado con:  accidente  herida de trabajo  otro \_\_\_\_\_
- El dolor es:  leve  moderado  severo  agudo  lancinante  sordo  
 molesto  irradia  se empeora  constante  va y viene
- ¿Qué hace que su condición empeore? \_\_\_\_\_
- ¿Qué hace que su condición mejore? ¿ \_\_\_\_\_



B. Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_

3. Por favor conteste las siguientes preguntas escribiendo un circulo en la respuesta correcta:

- |  |    |    |                             |    |    |
|--|----|----|-----------------------------|----|----|
| ¿Tiene tendencia a desmayarse?           | Si | No | ¿Tiene SIDA?                | Si | No |
| ¿Tiene Ud. un marcapasos?                | Si | No | (Mujeres) ¿Está embarazada? | Si | No |
| ¿Ha tenido hemorragias por largo tiempo? | Si | No | ¿Ha tenido Hepatitis?       | Si | No |

4. ¿Tiene Ud. el siguiente enfermedad venérea?:  Gonorrea  Sífilis  HPV  Clamidia  Herpes

5. Escriba la lista de medicinas, vitaminas y suplementos que esté tomando en el momento (ya sean formuladas o que Ud. las haya comprado sin receta médica):

Medicina	Dosis	Razón	¿Por cuanto tiempo?	Nombre del Doctor(a)	Ultimo chequeo

6. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Máximo en al pasado: \_\_\_\_\_ ¿Cùando? \_\_\_\_\_

7. Presión arterial: ¿La más reciente? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue tomada? \_\_\_\_\_
8. Piel:  seca  le pica  húmeda-viscosa  quemante  lunares o masas que hayan cambiado (tumores/quistes)  
 frecuentes brotes  acné  pérdida del cabello/adelgazamiento  cuero cabelludo seco /caspa
9. Evacuación: ¿Cuántos al día?: \_\_\_\_\_ ¿Si menos de uno al día, cuántos por semana? \_\_\_\_\_  
 Tiene:  constipación  diarrea/aguada  hemorroides  problemas del colon  otros: \_\_\_\_\_  
 Heces fecales:  con sangre  oscuras/negras  blanco/claro  mucosa/grasienta  de olor bien fuerte
10. Urinación: ¿Cuántas veces orina al día? \_\_\_\_\_  color normal (amarillo pálido)  clara  amarillo oscuro  
 enrojecida  turbia  tiene olor  quemante  con dolor  difícil/weak  urgente
11. Historia de hospitalizaciones, cirugías, y accidentes, incluyendo fechas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. Resultados del laboratorios, como Rayos-X y exploración de TAC (por favor incluye copias): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13. Historia de la Familia:	<u>Propia</u>	<u>Paterna</u>	<u>Materna</u>
Salud (B=Buena, M=Mala)	_____	_____	_____
Señale lo que le aplique:			
Cáncer: _____ (tipo)	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____
Enfermedades del Corazón	_____	_____	_____
Hepatitis: _____ (tipo)	_____	_____	_____
Presión Arterial Alta	_____	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	_____
Derrame Cerebral	_____	_____	_____
Enfermedades Mental	_____	_____	_____
Asma/Fiebre del Heno/Urticaria	_____	_____	_____
Enfermedades de los Riñones	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____

Padre: Edad \_\_\_\_\_  Fallecido  
 Causa de su muerte: \_\_\_\_\_

Madre: Edad \_\_\_\_\_  Fallecida  
 Causa de su muerte: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene?:

Hermana(s) \_\_\_\_\_  Fallecida  
 Causa de su muerte: \_\_\_\_\_

Hermano(s) \_\_\_\_\_  Fallecido  
 Causa de su muerte: \_\_\_\_\_

14. ¿Hay algo más que debamos saber de su historial de salud ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Favor de seguir a la siguiente página*

**15. PARA MUJERES SOLAMENTE**

Conteste cada pregunta

A. ¿Está embarazada ahora? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> talvez	K. Fecha de la última menstruación:
B. Número de embarazos:	L. Fecha del último papa nicolao:
C. Número de malogros:	M. Edad de su primer período:
D. Número de abortos:	N. Edad del último período:
E. Ciclo menstrual ¿28 días? S / N Si no es así, ¿cuántos días?	
F. Promedio de días con flujo:	
G. El flujo es: normal, pesado, liviano/escaso	
H. El color del sangre es: normal, oscuro, morado, color café, color café claro, rojo intenso, rosado (marque un círculo a todos que aplique)	
I. ¿Está usando control de natalidad? S / N	
J. Si está en control para regular las menstruaciones, describa cómo eran antes de usar las píldoras (irregular, dolorosas, menorrhagia, etc.):	
Chequee las respuestas apropiadas:	
<input type="checkbox"/> Síntomas de la menopausia	<input type="checkbox"/> Flujos vaginales
<input type="checkbox"/> Síntomas premenopaúsicos	<input type="checkbox"/> Flujos de los pezones
<input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual (SPM)	<input type="checkbox"/> rasquiña vaginal
<input type="checkbox"/> Sangrar entre ciclos	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico
<input type="checkbox"/> Dolor de cintura	<input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> Períodos dolorosos	<input type="checkbox"/> Fibroides
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Infección de la vías urinarias
<input type="checkbox"/> Ciclos irregulares	<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
<input type="checkbox"/> Masas en los senos / senos adoloridos	
<input type="checkbox"/> Dificultad en quedar embarazada	Operaciones:
<input type="checkbox"/> Retención de agua	<input type="checkbox"/> Cerviz
<input type="checkbox"/> Períodos interrumpidos	<input type="checkbox"/> Matris
<input type="checkbox"/> Antojos de comidas:	<input type="checkbox"/> Ovarios
	<input type="checkbox"/> otros:

**16. PARA HOMBRES SOLAMENTE**

Chequee los síntomas que le conciernen.

<input type="checkbox"/> Siente frío o entumecimiento en los órganos genitales	<input type="checkbox"/> Poco deseo sexual
<input type="checkbox"/> Dolor o hinchazón de los testículos	<input type="checkbox"/> Falta de deseo sexual
<input type="checkbox"/> Eyaculación prematura	<input type="checkbox"/> Flujos
<input type="checkbox"/> Impotencia /disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> Orina dolorosa /quemante
<input type="checkbox"/> Problemas de próstata	Otros:

*Favor de seguir a la siguiente página*

17. ¿Tiene o ha tenido los siguientes síntomas? Marque “A” para Ahora o “P” para el Pasado detrás de los síntomas que le corresponden:

A o P		A o P	(KD)
( )	cansancio	( )	rodillas adoloridas, frías, débiles
( )	fiebre en las tardes o calenturas	( )	dolor de cintura
( )	sensación de calor en las manos, pies, pecho	( )	orina frecuentemente
( )	vértigo	( )	Se levanta más de una vez en la noche a orinar
	(HT)	( )	falta de control de la vejiga
( )	cambios de humor/disposición	( )	problemas de memoria
( )	soplo cardíaco	( )	pérdida de cabello
( )	palpitaciones	( )	ruido en los oídos
( )	úlceras en la punta de la lengua	( )	sudores nocturnos
( )	ansiedad / nerviosismo / inquietud / agitación		(SP/ST)
( )	dolor en el pecho que irradia al hombro	( )	heridas que toman tiempo en sanar
( )	hinchazón de tobillos	( )	Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ) / rechinado de dientes
( )	tartamudea	( )	Corta de respiración (al inhalar o exhalar)
	(LU)	( )	poco apetito / pérdida de apetito
( )	transpira fácilmente, aún con poco movimiento	( )	fecal flojas
( )	tos	( )	hinchazón de estómago o gas después de comer
( )	congestión / presión del seno	( )	se siente cansado después de comer
( )	sequedad de la boca, garganta, piel	( )	caída de un órgano (previamente diagnosticado)
( )	alérgias / fiebre del heno	( )	moretón / magulla con facilidad
( )	coge gripas y catarros fácilmente	( )	sentido general de pesadez de cuerpo
( )	frecuentes dolores de garganta	( )	lentitud mental-olvidadizo-exhaustivo
( )	cuello / hombros tiesos	( )	hinchazón de manos / pies
( )	respiración difícil o falta de respiración	( )	sensación ardiente después de comer
	(LV)	( )	mucho apetito
( )	diarrea alterada con constipación o SCI	( )	mal olor de boca
( )	sensación de pecho apretado	( )	úlceras en la boca
( )	sabor amargo o metálico de la boca	( )	encías sangradas o dolorosas y inflamadas
( )	ojos rojos / ojos secos	( )	acidez estomacal / eructar
( )	irritable fácilmente	( )	dolor de estómago / úlceras estomacales
( )	brotos de la piel	( )	vómito
( )	dolor de cabeza	( )	venas varicosas
( )	entumecimiento de manos y pies	( )	anemia
( )	espasmos / calambres		ALERGIAS/ SENSIBILIDADES
( )	convulsiones	( )	Químicos:
( )	ve puntos negros flotando	( )	Polvo, Moho
( )	visión borrosa	( )	Comidas:
( )	dolor / molestias en un lado del cuerpo	( )	Pastos, Hierbas, Polen
( )	costillas / dolor sensible	( )	Otros:
( )	tensión / dolor de cuello y hombro		
( )	manos / pies frías		

**18. ESTILO DE VIDA**

a. ¿Cuántas comidas completas come al día? \_\_\_\_\_ ¿Come bocadillos entre comidas? \_\_\_\_\_ Si es afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

b. Describa su típica dieta diaria:

- Desayuno \_\_\_\_\_
- Almuerzo \_\_\_\_\_
- Comida \_\_\_\_\_
- Bocadillos \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de su comida la prepara Ud.? \_\_\_\_\_%

c. ¿Está Ud. satisfecho con su dieta? S / N ¿Hace dieta con frecuencia? S / N

d. ¿Tiene restricciones en su dieta (vegetariana, baja de sal, etc.)? S / N

Explique, por favor: \_\_\_\_\_

e. ¿Tiene algunas preguntas respecto a nutrición que quisiera discutir? \_\_\_\_\_

f. Por favor marque el uso y la frecuencia de uso a los siguientes:

	Sí	No	Cantidad Diaria		Sí	No	Cantidad Diaria
Café/té cafeinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Narcóticos/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gaseosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

g. Rutina de ejercicio físico: \_\_\_\_\_

h. Prácticas espirituales: \_\_\_\_\_

i. Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo a la semana: \_\_\_\_\_

j. ¿Le gusta su trabajo? S / N ¿Por qué, por qué no? \_\_\_\_\_

k. ¿El ambiente de su trabajo  ayuda o  no a que su salud esté afectada?

l. ¿Está expuesto regularmente a:  humo  químicos  gases químicos  otras toxinas?

m. ¿El ambiente de su casa:  ayuda o  no a que su salud esté afectada?

n. ¿Cómo está su estado emocional?  bueno  regular  malo  varía

o. ¿Está en este momento recibiendo psicoterapia- consejería? S / N

p. ¿Cree que tiene un buen sistema de apoyo? S / N

q. ¿Ha tenido experiencias traumáticas emocionales o físicas? S / N

Explique: \_\_\_\_\_

r. Hábitos diario de ver TV: \_\_\_\_\_ Hábitos diario de lectura: \_\_\_\_\_

s. Intereses y pasatiempos: \_\_\_\_\_

t. Si tuviera algo que hacer o crear... dadas las fuentes necesarias para tener éxito...¿qué sería—qué necesitaría?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias!!