

**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\_\_ Eyacuación 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  
menstruación (Días) \_\_\_ Períodos irregulares \_\_\_, cada cuantos días? \_\_\_ Sangrado (Poco,  
mediano, fuerte) \_\_\_ Coágulos \_\_\_ Último PAP \_\_\_ Última menstruación \_\_\_  
Flujo Vaginal (color, cantidad, olor) \_\_\_ Infecc. Fungales \_\_\_ Irritación  
/Resequedad Vaginal \_\_\_ Dolor vaginal \_\_\_ Masas en los senos \_\_\_ Fibroquistica de  
Seno \_\_\_ Síntomas Pre-menstruales (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 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 \_\_\_ Tinnitus  
(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**