



BERKELEY ACUPUNCTURE PROJECT

of California, a 501(c)(3) non-profit organization

1834 University Ave Berkeley, CA 94703

510.845.1100 info@bapnap.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Fecha de Primera Visita _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad/ Estado/ Zip _____ Edad ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Pronombre <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Otro _____ Ocupación _____ Médico Primario _____	#Teléfono _____ #Teléfono Alterno _____ Correo Electrónico _____ Persona a contactar en caso de emergencia: Nombre/Relación _____ #Teléfono _____ ¿Cómo supo de nosotros? _____ ¿Es la Acupuntura algo nuevo para usted? Sí ____ No ____
HISTORIAL DE SALUD	
Causa principal de su visita: 1) _____ Comienzo: _____ Severidad: _____ 2) _____ Comienzo: _____ Severidad: _____ 3) _____ Comienzo: _____ Severidad: _____ ¿Cómo duerme? _____ ¿Cómo es su nivel de energía? _____ ¿Cómo es su digestión? _____ Mencione medicinas, suplementos o hierbas que esté tomando: _____ _____ ¿Está tomando anticoagulantes? Sí ____ No ____ Mencione accidentes serios o cirugías: _____ _____ _____ ¿Está Embarazada? Sí ____ Semanas _____ No ____ ¿Le interesaría tomar hierbas chinas? Sí ____ No ____ Tal vez ____	Marque condiciones que padece o ha padecido en el pasado: <input type="checkbox"/> VIH+/SIDA <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Problemas autoinmunológicos _____ <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado _____ <input type="checkbox"/> Diabetes I ó II <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B ó C <input type="checkbox"/> Presión alta ¿Controlada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Problemas eréctiles <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Líbido bajo <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Síndrome pre-menstrual <input type="checkbox"/> Fibroides uterinos <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos <input type="checkbox"/> Síndromes Peri/menopáusicos _____ <input type="checkbox"/> Alergias severas _____ ¿Hay algo más que desea que sepamos de usted? _____ Notas de Acupunturista: L: _____ P: _____ _____ _____ _____ _____