

## Cuestionario de Medicina Oriental

Fecha: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Poblacion \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número de móvil: \_\_\_\_\_ Número Fijo: \_\_\_\_\_  
Ocupación : \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Como has conocido la consulta? \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es tu motivo de consulta?

---

---

2. ¿Cuándo fue la primera vez que te diste cuenta del problema y cuáles fueron los síntomas que notaste?

---

---

3. ¿Qué pasó desde entonces hasta ahora?

---

---

---

4. ¿Qué pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento has tenido hasta ahora para ese problema?

---

---

---

5. Si has tenido tratamientos para ese problema, ¿cuáles han sido útiles y cuáles no?

---

---

---

6. Si tienes algún tipo de alergia, ¿cuál es? :

---

7. ¿Qué medicamentos y/o suplementos estás tomando?:

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Por cuánto tiempo lo has tomado</u>
--------------------	--------------	--

---

---

---

---

8. Otras enfermedades, cirugías o heridas/accidentes:

Enfermedad

<u>Año</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Tratamiento/Medicamento</u>	<u>Resultado</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cirugías

<u>Año</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Resultado</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Heridas/Accidentes

<u>Año</u>	<u>Accidente</u>	<u>Tratamiento</u>	<u>Resultado</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. Historia Familiar

- Alergias \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Problemas emocionales \_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_ Problemas cardíacos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Accidente cerebrovascular \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Problemas de Tiroides \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_  
 Hipertensión arterial \_\_\_\_\_

Por favor marca todas las enfermedades que tienes o has tenido

	<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>		<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>
Tos	_____	_____	Neumonía	_____	_____
Tos con sangre	_____	_____	Catarros	_____	_____
Dificultad para respirar	_____	_____	Asma	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Falta de sudoración	_____	_____
Alergias estacionales	_____	_____	Sudoración excesiva	_____	_____
Resfríos crónicos	_____	_____			
Congestión nasal	_____	_____	Sangrado de la nariz	_____	_____
Sinusitis	_____	_____	Polípos nasales	_____	_____
Falta de sentido del olfato	_____	_____			
Latido de corazón irregular	_____	_____	Dolor de pecho	_____	_____
Mala circulación	_____	_____	Ataque al corazón	_____	_____
Mareos	_____	_____	Baja presión arterial	_____	_____
Palpitaciones	_____	_____	* Hipertensión arterial	_____	_____
Desmayos	_____	_____	* tratamiento _____		

	<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>		<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>
Indigestión	_____	_____	Retortijones del estómago	_____	_____
Náusea	_____	_____	Diarrea	_____	_____
Vómitos	_____	_____	Estreñimiento	_____	_____
Vómitos con sangre	_____	_____	* Uso de laxantes	_____	_____
Gases	_____	_____	* Producto(s) _____	_____	_____
Hinchazón	_____	_____	Alternas diarrea y estreñimiento	_____	_____
Eructos	_____	_____	Dolor rectal	_____	_____
Acidez	_____	_____	Hemorroides	_____	_____
Poco apetito	_____	_____	Sangre en las heces	_____	_____
Apetito excesivo	_____	_____	_____ Movimiento cada _____ días	_____	_____
			_____ Movimientos por día		
Orinas frecuentemente	_____	_____	Ardor al orinar	_____	_____
Orinas con dificultad	_____	_____			
Orinas más de una vez por noche	_____	_____	Dolor al orinar	_____	_____
Incontinencia	_____	_____	Orina con sangre	_____	_____
Piedras en el riñón	_____	_____	Enfermedad de transmisión sexual	_____	_____
Infección de la vejiga	_____	_____			
Dolores musculares	_____	_____	* Dolor en las articulaciones	_____	_____
Falta de fuerza muscular	_____	_____	* Cuáles _____	_____	_____
Calambres	_____	_____	Dolor del cuello	_____	_____
Dolor de espalda superior	_____	_____	Dolor de las rodillas	_____	_____
Dolor de espalda media	_____	_____	* Entumecimiento	_____	_____
Dolor de espalda inferior	_____	_____	* Dónde _____	_____	_____
Dolor bajando por los piernas	_____	_____			
Usas Gafas	_____	_____	Ojos cansados	_____	_____
Visión borrosa	_____	_____	Manchas en la visión	_____	_____
Visión Doble	_____	_____	Sensibilidad a la luz	_____	_____
Cataratas	_____	_____	Ojos secos	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Ojos rojos	_____	_____
Ojos hinchados	_____	_____	Picazón en los ojos	_____	_____
Presión en los ojos	_____	_____	Lagrimo	_____	_____
Dolor en los ojos	_____	_____			
Dificultades en audición	_____	_____	Falta de equilibrio	_____	_____
Zumbido	_____	_____	Otitis	_____	_____
Dolor de oído	_____	_____			

	<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>		<u>Tengo</u>	<u>He Tenido</u>
Dolor de garganta	_____	_____	Encías doloridas	_____	_____
Boca seca	_____	_____	Encías sangrientas	_____	_____
Mal sabor en la boca	_____	_____	Lengua dolorida	_____	_____
Mal aliento	_____	_____	Lengua entumecida	_____	_____
Llagas en la boca	_____	_____	Rechinado de dientes	_____	_____
Cambios en el color de la piel	_____	_____	Caspa	_____	_____
Moretones en la piel	_____	_____	Eczema	_____	_____
Erupciones en la piel	_____	_____	Soriasis	_____	_____
Acné	_____	_____			
Cambios del vello	_____	_____			
Perdida repentina de peso	_____	_____	Subida repentina en peso	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Problemas de tiroides	_____	_____
Ansiedad	_____	_____	Problemas con alcohol o drogas	_____	_____
Depresión	_____	_____	Crisis psicológica	_____	_____
Irritabilidad	_____	_____	Medicamentos psicotrópicos	_____	_____
Facilmente enojada	_____	_____	cuáles _____		
Estrés	_____	_____			
Fiebres	_____	_____	Convulsiones	_____	_____
Escalofríos	_____	_____	Concusión	_____	_____
Intolerancia al frío	_____	_____	Dolores de cabeza	_____	_____
Sensacion generalizada de frío	_____	_____	Temblor	_____	_____
Manos / Pies Frios	_____	_____	Quistes	_____	_____
Intolerancia al calor	_____	_____	Edema	_____	_____
Sensacion generalizada de calor	_____	_____	Sudores	_____	_____
Cansancio	_____	_____	Insomnio	_____	_____
Anemia	_____	_____			
Falta de memoria	_____	_____	Dolor durante relaciones sexuales	_____	_____
			Historia de abuso o violación	_____	_____



Pacientes Mujeres:

Por favor rellena esta parte

¿Estás embarazada ahora? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No estoy segura \_\_\_\_\_

Por favor escribe tu historia de embarazos a término completo (TC), prematuros (P), abortos (A), parto vaginal (V), parto por cesárea (C). Por favor nota problemas con embarazo o parto (por ejemplo edema, diabetes, preeclampsia, etc.)

Año

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

Menstruación

Edad de primera menstruación \_\_\_\_\_ El primer día de tu última regla \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cada cuántos días tienes tu regla \_\_\_\_\_

Tu regla viene con una frecuencia : \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ irregular

¿Cuántos días de flujo menstrual tienes cada vez?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas tampones o compresas usas?

Día 1 \_\_\_\_\_ Día 2 \_\_\_\_\_ Día 3 \_\_\_\_\_ Día 4 \_\_\_\_\_ Día 5 \_\_\_\_\_

Otros días \_\_\_\_\_

El color del flujo es (rojo brillante -RB, rojo oscuro -RO, marrón -M, negro -N)

Día 1 \_\_\_\_\_ Día 2 \_\_\_\_\_ Día 3 \_\_\_\_\_ Día 4 \_\_\_\_\_ Día 5 \_\_\_\_\_

Otros días \_\_\_\_\_

Coágulos y tamaño (menos de 5 mm, 1cm, 2cm, mas grande)

Día 1 \_\_\_\_\_ Día 2 \_\_\_\_\_ Día 3 \_\_\_\_\_ Día 4 \_\_\_\_\_ Día 5 \_\_\_\_\_

Otros días \_\_\_\_\_

Consistencia del flujo es : \_\_\_\_\_ acuosa \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_ espesa

Dolor durante la menstruación:

\_\_\_\_\_ hinchazón abdominal \_\_\_\_\_ antes \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_ despues

\_\_\_\_\_ lumbago \_\_\_\_\_ antes \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_ despues

\_\_\_\_\_ retortijones \_\_\_\_\_ antes \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_ despues

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Antes de la menstruación estás:

\_\_\_\_\_ irritable \_\_\_\_\_ hinchada \_\_\_\_\_ humor cambiante \_\_\_\_\_ con dolor de pecho

\_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

Secreción Vaginal \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Durante cuáles días de la regla \_\_\_\_\_

Color y cantidad: \_\_\_\_\_

Sangrado vaginal (fuera de la menstruación)

Cuándo \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Menopausia:

Edad \_\_\_\_\_ ¿Síntomas? \_\_\_\_\_