

Cuestionario de Medicina Oriental

Fecha: _____
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 sidos útiles y cuáles no?

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

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

Medicamento Dosis Por cuánto tiempo lo has tomado

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 | _____ | _____ |

Fumas: ¿Cuánto por día? _____

Alcohol: ¿Cuánto por día? _____

Nutrición

Dieta típica:

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Ejercicio:

Cuál es tu nivel típico de actividad en el trabajo:

_____ sedentaria _____ un poco activa
_____ moderadamente activa _____ muy activa (estás en movimiento casi todo el tiempo)
_____ trabajo pesado

¿Qué tipo de ejercicio o deporte practicas? ¿Cuántas veces por semana y por cuánto tiempo cada vez?

¿Cuántos productos cafeinados tomas por día (café, te, coca cola)? _____

Pacientes varones:

Por favor llena esta parte

Por favor selecciona los problemas que tienes o que has tenido

| | <u>Tengo</u> | <u>He Tenido</u> | | <u>Tengo</u> | <u>He Tenido</u> |
|------------------------------|--------------|------------------|--------------------|--------------|------------------|
| Agrandamiento de la próstata | _____ | _____ | Ejaculación precoz | _____ | _____ |
| Prostatitis | _____ | _____ | Impotencia | _____ | _____ |

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? _____

Le informamos que los datos personales obtenidos mediante este formulario, así como su dirección de correo electrónico, han sido incorporados en el fichero CLIENTES del cual es responsable Fertilidad Acupuntura con la finalidad de atender sus consultas y enviarle información relacionada con la entidad que pudiera ser de su interés.

Fertilidad Acupuntura se compromete a usar los datos recogidos mediante este formulario, únicamente para la finalidad anteriormente mencionada.

El interesado declara tener conocimiento del destino y uso de los datos personales recogidos mediante la lectura de la presente cláusula. El envío de este e-mail implica la aceptación de lo dicho anteriormente.

Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión/ olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en el RGPD, puede hacerlo dirigiéndose a Fertilidad Acupuntura , HENAO, N° 52 ENTR. DPTO 9, 48009 BILBAO-BIZKAIAt