

### 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 sido 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<br>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<br>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<br>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<br>de frío  | _____        | _____            | Temblor                           | _____        | _____            |
| Manos / Pies Frios                 | _____        | _____            | Quistes                           | _____        | _____            |
| Intolerancia al calor              | _____        | _____            | Edema                             | _____        | _____            |
| Sensacion generalizada<br>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? \_\_\_\_\_

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-BIZKAIA