

Patient Information	Contact Information
<p>Name/Nombre _____ Date/Dato _____ Gender/Sexo _____ Address/Dirección _____ City State Zip/Ciudad, Estado, Zip _____ Age/Edad _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento _____ Occupation/Ocupación _____ Primary physician/Doctor _____ Physician phone number/Teléfono de doctor _____</p>	<p>Best phone/Teléfono mejor _____ Email _____ How did you hear about us?/Como se entero de nosotros? _____ <u>Emergency Contact/Contacto de Emergencia</u> Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Best phone/Teléfono mejor _____ How long has it been since you have had a complete medical exam?/Cuánto tiempo ha pasado desde su último examen médico completa? _____</p>
Health History	
<p>What are your primary reasons for coming in for treatment?/Cuáles son sus principales razones para venir para el tratamiento? 1 _____ 2 _____ 3 _____</p> <p>Describe your sleep?/Describe su sueño? _____</p> <p>How is your digestion?/Cómo es su digestión? _____</p> <p>List medications or food supplements you are taking./Lista medicina o suplementos que toma _____ _____</p> <p>List serious illnesses, accidents or surgeries./Enumerar las enfermedades graves, accidentes, o cirugías _____ _____</p> <p>Other concerns?/Otras preocupaciones _____ _____</p> <p><u>Check illnesses that have occurred in blood relatives.</u> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> High blood pressure/Alta presión <input type="checkbox"/> Stroke/Ataque fulminante <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Heart disease/Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Kidney disease/Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Mental health/Salud psíquica: _____</p>	<p>Check symptoms you have or have had in the last year/Marca los síntomas que tenga o haya tenido en el último año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anxiety/Ansiedad <input type="checkbox"/> Depression/Depresión <input type="checkbox"/> Difficulty in focusing/Dificultad para enfocar <input type="checkbox"/> Dizziness/Vertigo <input type="checkbox"/> Excessive worry/Preocupación excesiva <input type="checkbox"/> Excessive anger/ Ira excesiva <input type="checkbox"/> Excessive fear/Miedo excesiva <input type="checkbox"/> Fatigue/tiredness/Fatiga/cansancio <input type="checkbox"/> Headaches/Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Loss or gain of weight/perdida o ganancia de peso <input type="checkbox"/> Nervousness/irritability/Nerviosismo/irritabilidad <input type="checkbox"/> Overwhelmed by life/Abrumado por la vida <p>Check conditions you have or have had in the past:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Stroke/Ataque fulminante <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis <input type="checkbox"/> Bleeding disorders/Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Breast lump/Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C/other/Hepatitis A/B/C/Otro <input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsiones <p>CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> High or low blood pressure/Alta o baja presión <input type="checkbox"/> Pain over heart/ Dolor sobre corazón <input type="checkbox"/> Poor circulation/Mala circulación <input type="checkbox"/> Previous heart attack/Ataque al corazón previo <input type="checkbox"/> Rapid/irregular heart beat/Latido del corazón irregular/rápido

Check symptoms you have or have had in the last year/
Marca los síntomas que tenga o haya tenido en el último año.:

MUSCLE/JOINT/BONES/MÚSCULO/CONJUNTA/HUESOS

- Tremors or Cramps/Temblores o calambres
- Swollen joints/ Articulaciones inflamadas

PAIN/WEAKNESS/NUMBNESS/Dolor/Debilidad/

Entumecimiento:

Arms/Brazos Hands/Manos Shoulders/Espaldas
Neck/Cuello Hips/Caderas Back/Espalda
Legs/Piernas Feet/Pies Jaw/mandíbula
Other/Otro _____

EYES/EAR/NOSE/THROAT/RESPIRATORY

OJOS/OREJAS/NARIZ/GARGANTA/RESPIRATORIO

- Asthma/wheezing/Asma/Sibilancias
- Vision issues/Problemas de visión
- Difficulty breathing/Respiración dificultosa
- Earache/Dolor de oídos
- Enlarged glands/Glandulas agrandados
- Frequent colds/Resfriados frecuentes
- Hay fever/allergies/Alergias
- Gum trouble/Problemas de las encías
- Nose bleeds/Hemorragias nasales
- Loss of hearing/Pérdida de la audición
- Persistent cough/Tos persistente
- Ringing in ears/Zumbido en los oídos
- Sinus problems/Problemas de sinusitis
- Sore throat/Dolor de garganta

SKIN/PIEL

- Bruise easily/Moretones con facilidad
- Itching/rash/Picazón/erupción
- Sensitive skin/Piel sensitivo
- Sore won't heal/Úlcera que no se cura
- Sweats/Sudores

GASTROINTESTINAL

- Belching, gas or bloating/Eructos gas o hinchazón
- Constipation/Constipación
- Diarrhea/Loose stool/Diarrea/heces sueltas
- Difficulty swallowing/Dificultad para tragar
- Excessive hunger or thirst/Hambre o sed excesivo
- Hemorrhoids (piles)/Hemorroides
- Indigestion or Nausea/Indigestión o náusea
- Pain over stomach/Dolor sobre estómago
- Poor appetite/Poco apetito
- Rectal bleeding/Sangrado rectal
- Vomiting/Vómitos

IF APPLICABLE/SI ES APLICABLE:

- Bleeding between periods/Sangrado entre períodos
 - Births/Partos: _____
 - Clots in menses/Coágulos en la menstruación
 - Erection difficulties/Dificultades de erección
 - Excessive menstrual flow/Flujo menstrual excesivo
 - Extreme menstrual pain/Dolor menstrual extrema
 - Hot flashes/Sofocos
 - Irregular cycle/Ciclo menstrual irregular
 - Menopausal symptoms/Sintomas de la menopausia
 - Penis discharge/Descarga de pene
 - Prostate trouble/Problema de próstata
 - PMS/Síndrome premenstrual
 - Previous miscarriage/Malpartos anteriores
 - Scanty menstrual flow/Flujo menstrual escaso
- Could you be pregnant/Podría estar embarazada?

GENITO/URINARY/GENITO/URINARIA

- Blood/pus in urine/Sangre/pus en la orina
- Frequent/night time urinationMicción frecuente o de la noche
- Inability to control urine
Incapacidad para controlar la orina
- Kidney infection/stones/Infección de riñón/piedras
- Lowered libido/Disminución de la libido
- Painful urination/Dolor al orinar

Jersey Community Acupuncture Consent to Treatments/Jersey Community Acupuncture Consentimiento para tratamientos

By signing below, I do hereby voluntarily consent to be treated with acupuncture, Asian bodywork and/or substances from the Oriental Materia Medica by a licensed acupuncturist/herbalist at Jersey Community Acupuncture. I understand that acupuncturists practicing in the state of NJ are not primary care providers and that regular primary care visits by a licensed physician are recommended by this clinic's practitioners. I consent to participating in yoga, relaxation and other mindfulness techniques and I am medically cleared to do so. The information on this form is correct to the best of my knowledge./Al firmar abajo, yo consiento por este medio voluntariamente a ser tratados con acupuntura, la carrocería de Asia y / o sustancias de la Oriental Materia Médica por un acupunturista / herbolario con licencia en Jersey Community Acupuncture . Entiendo que los acupunturistas que ejercen en el estado de Nueva Jersey no son proveedores de atención primaria y que las consultas de atención primaria regulares por un médico con licencia son recomendados por los médicos de esta clínica. Doy mi consentimiento para participar en el yoga, la relajación y otras técnicas de mindfulness y estoy médicamente aclaré que lo haga. La información en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Signature/Firma _____