

QUESTIONNAIRE

Asyrah's Garden Acupuncture / Acupuntura

Jody James, L.Ac. #AC117778 Dipl. O.M.

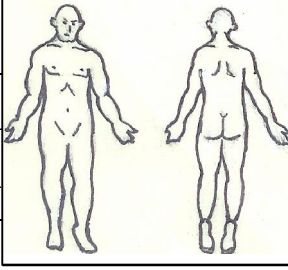
P. O. Box 758, Graton, CA 95444

(707) 823-2866 gratoniah@hotmail.com

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO

Name. <i>Nombre.</i>			Sex. <i>Sexo.</i> F M	Today's date. <i>Fecha de hoy.</i>
Age. <i>Edad.</i>	Height. <i>Estatura.</i>	Weight. <i>Peso.</i>	Telephone. <i>Teléfono.</i>	Referred By. <i>Referido por.</i>
Allergies. <i>Alergias.</i>		Are you pregnant? <i>¿Esta usted embarazada?</i>		Do you have a pacemaker? <i>¿Usa usted un marcapasos?</i>
		<input type="checkbox"/> Yes. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No. <i>No</i>		<input type="checkbox"/> Yes. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No. <i>No</i>
Medications. <i>Medicamentos.</i>				

The following questions are standard inquiries made within Classical Chinese Medicine which, along with pulse analysis, physical observation and other means, will be used to determine the pattern of imbalance needing treatment. *Las siguientes preguntas son el estándar en la Clásica Medicina China, que en conjunto con el análisis, observación física y otras modalidades, se usarán para determinar el patrón dedesequilibrio que necesita tratamiento.*

1. What are you seeking treatment for today? <i>¿Para que asunto esta usted buscando ayuda hoy?</i>		
2. Date of injury or illness onset. <i>Fecha de la lesión o comienzo de la enfermedad.</i>		
3. Part of body affected. <i>Parte del cuerpo afectada.</i> Circle the area(s) on the model. <i>Circule el área en el modelo.</i>		
4. If you have pain or discomfort, what are your current symptoms? <i>¿Si usted tiene dolor o molestia, cuáles son los síntomas actuales?</i>		
<input type="checkbox"/> Mild pain/discomfort. <i>Dolor leve/molestia.</i> <input type="checkbox"/> Moderate to severe pain. <i>Dolor moderado a severo.</i> <input type="checkbox"/> Head or neck ache. <i>Dolor de cabeza o cuello.</i> <input type="checkbox"/> Back pain. <i>Dolor de espalda.</i> <input type="checkbox"/> Chest pain. <i>Dolor de pecho.</i> <input type="checkbox"/> Abdominal pain. <i>Dolor en el abdomen.</i> <input type="checkbox"/> Muscle pain. <i>Dolor muscular.</i> <input type="checkbox"/> Joint pain. <i>Dolor de coyunturas.</i>	<input type="checkbox"/> Dull achy pain. <i>Dolor debilitante.</i> <input type="checkbox"/> Burning sensation. <i>Sensación de ardor.</i> <input type="checkbox"/> Sharp or stabbing pain. <i>Dolor agudo.</i> <input type="checkbox"/> Swelling or redness. <i>Inflamación o enrojecimiento.</i> <input type="checkbox"/> Bleeding or oozing. <i>Sangrado o flujo.</i> <input type="checkbox"/> Tingling or numbness. <i>Hormigueo o entumecimiento.</i> <input type="checkbox"/> Stiffness or tightness. <i>Tiesura o tensión.</i> <input type="checkbox"/> Cold sensation. <i>Sensación de frío.</i>	
5. Rate the pain at its worst <i>Mida el nivel mas alto de dolor.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No pain. <i>No dolor</i> Most pain. <i>Mucho dolor</i>	
6. Rate your current level of pain. <i>Mida el nivel de dolor en estos momentos.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. What makes the pain worse? <i>¿Que hace que el dolor sea peor?</i>	<input type="checkbox"/> Activity or movement. <i>Actividad o movimiento.</i> <input type="checkbox"/> Change in weather. <i>Cambio en el clima.</i> <input type="checkbox"/> Rain, fog or cold. <i>Lluvia, neblina o frío.</i>	<input type="checkbox"/> Lack of movement. <i>Falta de movimiento.</i> <input type="checkbox"/> Emotions or stress. <i>Emociones o estrés.</i> <input type="checkbox"/> Pressure or touch. <i>Presión o tacto.</i>
8. What makes the pain better? <i>¿Que hace que el dolor sea mejor?</i>	<input type="checkbox"/> Heat. <i>Calor.</i> <input type="checkbox"/> Massage. <i>Masaje.</i> <input type="checkbox"/> Rest or relaxation. <i>Descanso o relajación.</i>	<input type="checkbox"/> Cold. <i>Frío.</i> <input type="checkbox"/> Analgesics/pain medicine. <i>Analgésicos/medicina para el dolor.</i> <input type="checkbox"/> Nothing helps. <i>Nada ayuda.</i>
9. If you have a cold, sinus or flu-like condition, what are your current symptoms? <i>¿Si usted tiene gripe, sinusitis o influenza, cuáles son los síntomas actuales?</i>	<input type="checkbox"/> Sweating. <i>Sudor.</i> <input type="checkbox"/> Aversion to wind. <i>Repugnancia al viento.</i> <input type="checkbox"/> High fever/chills. <i>Fiebre alta y escalofrios.</i> <input type="checkbox"/> Sore throat. <i>Garganta irritada.</i> <input type="checkbox"/> Nose/sinus congestion. <i>Nariz congestionada.</i> <input type="checkbox"/> Yellow or green mucus. <i>Moco amarillo o verde.</i> <input type="checkbox"/> Tight or full chest. <i>Preción en el pecho.</i> <input type="checkbox"/> Productive cough. <i>Tos con flema.</i> <input type="checkbox"/> Dry cough. <i>Tos reseca.</i> <input type="checkbox"/> Unproductive cough. <i>Tos sin flema.</i> <input type="checkbox"/> Dizziness. <i>Mareos.</i>	<input type="checkbox"/> Whole body ache. <i>Dolor de cuerpo.</i> <input type="checkbox"/> Aversion to cold. <i>Repugnancia al frío.</i> <input type="checkbox"/> Mild fever/chills. <i>Fiebre y escalofrios leves.</i> <input type="checkbox"/> Scratchy throat. <i>Comezón en la garganta.</i> <input type="checkbox"/> Runny nose. <i>Nariz floja/aguada.</i> <input type="checkbox"/> White mucus. <i>Moco blanco.</i> <input type="checkbox"/> Difficult breathing/asthma. <i>Dificultad al respirar/asthma.</i> <input type="checkbox"/> Fatigue. <i>Fatiga.</i> <input type="checkbox"/> Dry mouth/throat. <i>Resequedad en la boca y la garganta.</i> <input type="checkbox"/> Allergies/hayfever. <i>Alergias/fiebre de heno.</i> <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting. <i>Nausea/vómito.</i>
10. Which mostly closely describes your current emotional state? <i>¿Que es lo que mejor describe su estado emocional?</i>	<input type="checkbox"/> Mostly happy. <i>Mayor parte del tiempo feliz.</i> <input type="checkbox"/> Frequently afraid. <i>Frecuentemente con miedo.</i> <input type="checkbox"/> Sad for no reason. <i>Triste sin razón.</i> <input type="checkbox"/> Depressed. <i>Deprimido.</i> <input type="checkbox"/> Unstable emotions. <i>Emocionalmente inestable.</i>	<input type="checkbox"/> Irritable. <i>Corajudo.</i> <input type="checkbox"/> Stressed. <i>Estresado.</i> <input type="checkbox"/> Anxious/nervous. <i>Ansioso/Nervioso.</i> <input type="checkbox"/> Hard to make decisions. <i>Dificultad para tomar decisiones.</i> <input type="checkbox"/> Restless. <i>Inquieto/intranquilo.</i>

11. How good is your sleep? *¿Que es lo que mejor describe su sueño?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Good sleep. <i>Buena.</i> | <input type="checkbox"/> Hard to fall asleep. <i>Difícil conciliar el sueño.</i> |
| <input type="checkbox"/> Rested in the morning. <i>Descansado por la mañana.</i> | <input type="checkbox"/> Hard to stay asleep. <i>Difícil permanecer dormido.</i> |
| <input type="checkbox"/> Not enough sleep. <i>No duermo lo suficiente.</i> | <input type="checkbox"/> Wake too early. <i>Despierto muy temprano.</i> |
| <input type="checkbox"/> Irregular bedtimes. <i>Horas de dormir irregulares.</i> | <input type="checkbox"/> Bad dreams/nightmares. <i>Pesadillas.</i> |
| <input type="checkbox"/> Emotions prevent sleep. <i>Las emociones no me dejan dormir.</i> | <input type="checkbox"/> Vivid, active dreams. <i>Sueños muy vivos.</i> |

12. How many hours of sleep per night do you normally get? *¿Cuántas horas duerme normalmente durante la noche?* _____

13. If you have digestion or elimination problems, which symptoms have you recently experienced?

¿Si tiene problemas digestivos o de eliminación, cuales síntomas a experimentado recientemente?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Constipation. <i>Extreñimiento.</i> | <input type="checkbox"/> Diarrhea. <i>Diarrea.</i> |
| <input type="checkbox"/> Foul smelling stool. <i>Excremento con mal olor.</i> | <input type="checkbox"/> Watery stool. <i>Excremento flojo.</i> |
| <input type="checkbox"/> Blood or pus in stool. <i>Sangre o pus en el excremento.</i> | <input type="checkbox"/> Chronic loose stool. <i>Estómago suelto crónico/constante.</i> |
| <input type="checkbox"/> High appetite. <i>Mucho apetito.</i> | <input type="checkbox"/> Low appetite. <i>Poco apetito.</i> |
| <input type="checkbox"/> Heartburn/indigestion. <i>Acidez/indigestión.</i> | <input type="checkbox"/> Abdominal bloating/gas. <i>Inflamación abdominal o gas.</i> |
| <input type="checkbox"/> Gum/mouth sores. <i>Llagas en las encías y la boca.</i> | <input type="checkbox"/> Tired all the time. <i>Cansancio todo el tiempo.</i> |
| <input type="checkbox"/> Bad breath. <i>Mal aliento.</i> | <input type="checkbox"/> Tired after eating. <i>Cansancio después de comer.</i> |
| <input type="checkbox"/> Stomach ulcer. <i>Úlcera estomacal.</i> | <input type="checkbox"/> Feeling of heavy limbs. <i>Pesadez de los brazos y/o piernas.</i> |
| <input type="checkbox"/> Hemorrhoids. <i>Hemorroides.</i> | <input type="checkbox"/> Foggy head/confusion. <i>Confusión mental.</i> |
| <input type="checkbox"/> Food sensitivities. <i>Sensibilidad a ciertas comidas.</i> | <input type="checkbox"/> Phlegmy throat/chest. <i>Flema en la garganta/pecho.</i> |
| <input type="checkbox"/> Dry mouth/throat. <i>Resequedad en la boca o garganta.</i> | <input type="checkbox"/> Yeast infection. <i>Infección (vaginal).</i> |
| <input type="checkbox"/> Bitter taste in the mouth. <i>Sabor amargo en la boca.</i> | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting. <i>Náusea/vómito.</i> |
| <input type="checkbox"/> Irregular meals. <i>Comidas irregulares.</i> | <input type="checkbox"/> Abdominal pain/fullness. <i>Dolor en el abdomen.</i> |
| <input type="checkbox"/> Strong thirst. <i>Mucha sed.</i> | <input type="checkbox"/> Thirst w/ no desire to drink. <i>Sed sin deseo de tomar.</i> |
| <input type="checkbox"/> Weight loss. <i>Pérdida de peso.</i> | <input type="checkbox"/> Early morning diarrhea. <i>Diarrea temprana en la mañana.</i> |
| <input type="checkbox"/> Weight gain. <i>Aumento de peso.</i> | <input type="checkbox"/> Cold limbs or body. <i>Extremidades o cuerpo frío.</i> |

14. What makes the digestive problems worse? *¿Que empeora los problemas digestivos?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eating too much. <i>Comer mucho.</i> | <input type="checkbox"/> Not eating. <i>No comer.</i> |
| <input type="checkbox"/> Certain foods. <i>Ciertas comidas.</i> | <input type="checkbox"/> Emotions or stress. <i>Emociones o estrés.</i> |
| <input type="checkbox"/> Overwork/fatigue. <i>Trabajar mucho/fatiga.</i> | <input type="checkbox"/> Pressure/touch. <i>Presión/tacto.</i> |

15. What makes the digestive problems better? *¿Que mejora los problemas digestivos?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Warmth. <i>Calor.</i> | <input type="checkbox"/> Cold. <i>Frío.</i> |
| <input type="checkbox"/> Massage or pressure. <i>Masaje o presión.</i> | <input type="checkbox"/> Medicine. <i>Medicamentos.</i> |
| <input type="checkbox"/> Rest or relaxation. <i>Descansar o relajación.</i> | <input type="checkbox"/> Nothing helps. <i>Nada ayuda.</i> |

16. Which most closely describes your urination? *¿Cual de lo siguiente describe mejor su orina?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal. <i>Normal.</i> | <input type="checkbox"/> Chronic urinary problems. <i>Problemas urinarios crónicos.</i> |
| <input type="checkbox"/> Dark color. <i>Color oscuro.</i> | <input type="checkbox"/> Pale to clear color. <i>Color pálido a claro.</i> |
| <input type="checkbox"/> Infrequent. <i>Poco frecuente.</i> | <input type="checkbox"/> Frequent. <i>Frecuente.</i> |
| <input type="checkbox"/> Painful urination. <i>Dolor al orinar.</i> | <input type="checkbox"/> Nighttime urination. <i>Durante la noche.</i> |
| <input type="checkbox"/> Urinary tract infection. <i>Infección urinaria.</i> | <input type="checkbox"/> Prostatitis. <i>Inflamación de la próstata.</i> |
| <input type="checkbox"/> Bloody urine. <i>Sangre en la orina.</i> | <input type="checkbox"/> Incontinence. <i>Incontinencia.</i> |

17. For conditions you have had in the past, mark an X. For current conditions, darken the box . *Para condiciones que tuvo en el pasado, marque una X. Para condiciones del presente, oscurezca la caja .*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Easily catch colds. <i>Facilmente se resfría.</i> | <input type="checkbox"/> Difficult to warm up. <i>Dificultad para calentarse.</i> |
| <input type="checkbox"/> Sweat easily. <i>Suda facilmente.</i> | <input type="checkbox"/> Infertility /sexual dysfunction. <i>Infertilidad/disfunción sexual.</i> |
| <input type="checkbox"/> Hot flash/night sweats. <i>Calores/sudor por la noche.</i> | <input type="checkbox"/> Nocturnal emission. <i>Emisiones nocturnas.</i> |
| <input type="checkbox"/> Feel warm in the afternoon. <i>Sensación de calor por la tarde.</i> | <input type="checkbox"/> Weak legs/knees. <i>Rodillas y piernas débiles.</i> |
| <input type="checkbox"/> Poor memory. <i>Falta de memoria.</i> | <input type="checkbox"/> Sore low back. <i>Lumbago.</i> |
| <input type="checkbox"/> Menopause. <i>Menopausia.</i> | <input type="checkbox"/> Loose teeth or thin hair. <i>Dientes flojos o pelo delgado.</i> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/liver disease. <i>Hepatitis/enfermedad del hígado.</i> | <input type="checkbox"/> Developmental disorder. <i>Desorden de desarrollo.</i> |
| <input type="checkbox"/> Lump in throat. <i>Protuberancia o masa en la garganta.</i> | <input type="checkbox"/> Kidney disease. <i>Enfermedad de los riñones.</i> |
| <input type="checkbox"/> Fullness below ribs. <i>Incomodidad bajo las costillas.</i> | <input type="checkbox"/> Hearing loss. <i>Pérdida del oído.</i> |
| <input type="checkbox"/> Tight neck/shoulders. <i>Tensión de hombros y cuello.</i> | <input type="checkbox"/> Ringing in ears. <i>Ruido en los oídos.</i> |
| <input type="checkbox"/> Acne or skin problems. <i>Acne o problemas de la piel.</i> | <input type="checkbox"/> Blurry vision. <i>Visión borrosa.</i> |
| <input type="checkbox"/> Herpes infection. <i>Herpes.</i> | <input type="checkbox"/> Dry skin or dry eyes. <i>Ojos resecos o piel reseca.</i> |
| <input type="checkbox"/> PMS/menstrual cramps. <i>Cólicos/Síntomas premenstruales.</i> | <input type="checkbox"/> Brittle hair or nails. <i>Uñas quebradizas o pelo quebradizo.</i> |
| <input type="checkbox"/> Irregular menstruation. <i>Menstruación irregular.</i> | <input type="checkbox"/> Dizzy on standing. <i>Mareo al levantarse.</i> |
| <input type="checkbox"/> Vaginal discharge. <i>Fluido vaginal.</i> | <input type="checkbox"/> Palpitations. <i>Palpitaciones.</i> |
| <input type="checkbox"/> Tender breasts. <i>Sensibilidad en los senos.</i> | <input type="checkbox"/> Anemia or bleeding disorders. <i>Anemia o pérdida de sangre.</i> |
| <input type="checkbox"/> Mass, cyst or tumor. <i>Tumor, quiste.</i> | <input type="checkbox"/> Heart disease. <i>Enfermedades del corazón.</i> |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol. <i>Alto colesterol.</i> | <input type="checkbox"/> Cancer or AIDS. <i>Cáncer o SIDA.</i> |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure. <i>Alta presión arterial.</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes. <i>Diabetes.</i> |
| <input type="checkbox"/> Smoking, alcohol or drugs. <i>Fumador, uso de alcohol o drogas.</i> | <input type="checkbox"/> TB or lung disease. <i>Tuberculosis o enfermedad de los pulmones.</i> |

Patient signature / Firma de paciente: