



602 Carpenter Ln.
Philadelphia, PA 19119
(215) 844-2774
phillyacupuncture.com

Forma de Registración / Preguntas Sobre el Historial de Salud

NOMBRE COMPLETO _____ NOMBRE PREFERIDO _____

DIRECCIÓN _____
CALLE APT# CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO _____

COREO ELECTRONICO _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ FEMININO/MASCOLINO/TRANS (FTM/MTF)
Cuál es su pronombre personal preferido? _____

COMO CONOCIÓ ACERCA PCA? _____

ES PRIMERA VEZ QUE RECIBE ACUPUNTURA? _____

OCUPACIÓN _____ NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACIÓN _____

TELEFONO _____

FIRMA _____ FECHA ____ / ____ / ____

Cuales son sus principales razones para solicitar tratamiento?

Como es su sueño? _____

Como es su digestión? _____

Midicamentos/Suplementos que esta tomando: _____

Enfermedados Mayores / Accidentes / Cirugias:

Tienes acceso a cuidado médico primario? _____

Crees estar embarazada? No Sí

Marca los que tienes o has tenido este ano:

Dificultad para manejar el stres y/o esmociones

Depresion/Ansiedad

Cambios importantes en su vida (cambio de casa o relación, perdida de empleo, etc)

Cambios en importantes en su salud general