



**Beautiful Ama**  
Acupuncture for Whole Body Health



**Ama Acupuntura**  
Clínica de Acupuntura y Naturismo

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### ¡GRACIAS POR ELEGIR AMA ACUPUNTURA!

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Género: M / F

Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿A usted recibido tratamiento de acupuntura anteriormente?  Sí  No

Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

¿Le gustaría unirse a nuestra lista de correo electrónico?  Sí  No

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir un texto recordándole para su próxima cita?  Sí  No

¿Cuál es su número de celular? \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de nosotros? \_\_\_\_\_



## HISTORIAL MÉDICO

¿Cuáles son sus síntomas?

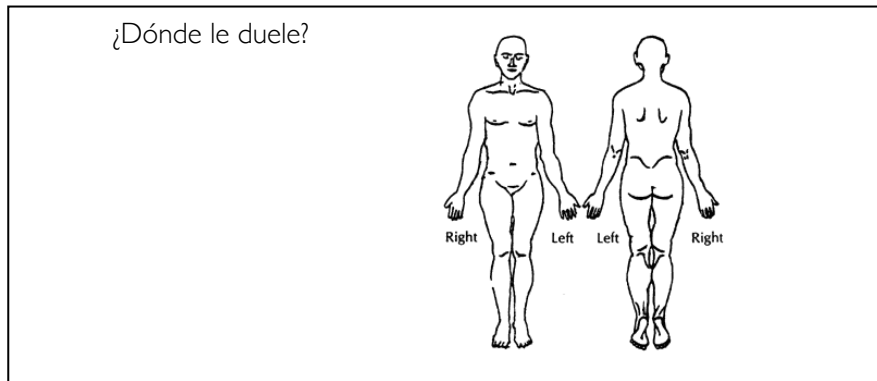
---



---



---



MEDICINAS & VITAMINAS	Dosis	Frecuencia	¿Para que es?	Fecha de Inicio

### ALERGIAS:

---



---



---

- OTROS:**
- ¿Tiene marcapasos?  Sí  No
  - ¿Tiene un trastorno de coagulación en la sangre?  Sí  No
  - ¿Esta embarazada ó tiene planes de embarazo?  Sí  No