



204 E. Fort Lowell Rd.
Tucson AZ 85705
(520) 867-8004
www.acupuncturecoop.com

Forma de Registracion / Preguntas Sobre el Historial de Salud

NOMBRE COMPLETO _____ NOMBRE PREFERIDO _____

DIRECCION _____
CALLE APT# CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO _____

COREO ELECTRONICO _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

FEMININO/MASCOLINO/TRANS (FtM/MtF)
CUALE ES SU PRONOMBRE PERSONAL PREFERIDO? _____

COMO CONOCIO ACERCA TUCSON ACUPUNCTURE CO-OP? _____

ES PRIMERA VEZ QUE RECIBE ACUPUNTURA? _____

OCUPACION _____ NOMBRE DE LA COMPANIA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACION _____

TELEFONO _____

FECHA ____/____/____

Cuales son sus principales razones para solicitar tratamiento?

1. _____
2. _____
3. _____

Como es su sueño? _____

Como es su digestion? _____

Medicamentos/Suplementos que esta tomand _____

Marca los que tienes o has tenido este ano:

- Dificultad para manejar el estres y/o emociones
- Depresion/Ansiedad
- Cambios importantes en su vida
- Cambios en importantes en su salud general

Enfermedados Mayores / Accidentes / Cirugias: _____

Tienes acceso a cuidado medico primario? _____

Crees estar embarazada? No Si