



CENTRO HOLÍSTICO

HISTORIA CLÍNICA/ FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*Conforme lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-SSA3-2012 del Expediente Clínico

e-mail: _____ Fecha _____
Twitter _____ f _____

Nombres y apellidos: _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____ Hijos _____ Estado civil _____ Grupo sanguíneo _____
Domicilio _____ Colonia/Fracc. _____
Municipio/Estado _____ Cp.- _____
Tel. casa _____ Tel. oficina _____ Celular 1 _____ 2 _____
¿Labora actualmente? _____ Puesto/compañía/ocupación _____
Nombre de su médico personal/familiar _____
Estatura _____ Peso actual _____ Fumador _____ Nr. de cigarros al día _____ Alcoholismo _____
¿Fumó anteriormente, durante cuánto tiempo? _____

IMPORTANTE: LA MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARIA, NO SUSTITUYE UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, TRABAJAMOS EN CONJUNTO PARA RESTABLECER EL EQUILIBRIO DEL ORGANISMO. NO CONTAMOS CON EL EQUIPO NECESARIO PARA REALIZAR ESTUDIOS QUÍMICOS, ULTRASONIDO, BIORESONANCIA, RAYOS X, ETC.

Esta información será tratada confidencialmente. Es importante completar con información real para poder hacer un diagnóstico correcto. Agradecemos su confianza y comprensión.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: (Enfermedades padecidas por familiares anteriormente)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Enfermedades padecidas en el pasado, infancia, adolescencia, como Anginas, Hepatitis, Gota, Alergias, Asma, Hongos, Infecciones, etc.) Cronología

CIRUGÍAS ANTIGUAS Y RECIENTES / VACUNAS RECIENTES-fecha

MOTIVO DE LA CONSULTA

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS O DEL PADECIMIENTO ACTUAL

POSIBLE CAUSA

TRATAMIENTO ACTUAL (fisioterapia, alopátia, homeopatía, magnetismo, flores de Bach, medicamentos)



CENTRO HOLÍSTICO

Medicina energética-naturista/terapeuta
Alfredo M. Terrazas 470
Col. Tequisquiapan
C.P.- 78250
San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. 1389313

Carta de consentimiento

Por medio de la presente estoy enterado (a) de que voy hacer tratado (a) con acupuntura, medicina tradicional china (plantas medicinales, masaje, moxibustión, dieta), y/o terapias y tratamientos alternativos, con el objeto de recuperar o mantener mi salud.

San Luis Potosí, México a los ____ días del mes _____ de _____
Nombre del paciente.....
Domicilio particular en.....
Colonia..... Ciudad.....
Estado CP..... Tel.....
Si es menor de edad.....
Nombre del tutor.....
Parentesco.....
Dirección..... Tel.....

AUTORIZO a los profesionales responsables de mi atención médica, integrantes del Centro Holístico a realizar todas aquellas prácticas de acupuntura y medicina tradicional china, para establecer el diagnóstico de mi afección y llevar a cabo el tratamiento indicado según la medicina tradicional china, naturismo o tratamientos alternativos/ complementarios que aquí se realizan.

IMPORTANTE: Entiendo y comprendo que, se “puede” esperar una reacción del cuerpo u organismo. A esta respuesta normal y natural se le llama “crisis curativa” y no siempre es agradable (puede ser fiebre, diarrea, salpellido, etc.) pero es lo que buscamos con el tratamiento y aunque no esté habituado, comprendo que al verlo de ese modo es una señal de que hubo una reacción y es algo POSITIVO. Es importante NO inhibir esta respuesta con medicamentos alópatas para la fiebre, antidiarréicos, antigripales, etc. pues interrumpo totalmente el tratamiento. En caso de duda puedo comunicarme a Centro Holístico para aclararla.

**Es obligación de todo paciente informarnos acerca de todo tipo de operaciones, cirugías, marcapasos, problemas de alcoholismo o drogas, HIV, Hepatitis o cualquier enfermedad que se padezca actualmente o se haya padecido para poder adecuar el tratamiento correctamente y evitar riesgos innecesarios o efectos secundarios no deseados.*

**Autorizo bajo mi propia voluntad y sin ninguna presión por parte del terapeuta, de algún familiar o persona ajena, que se me lleve a cabo el procedimiento terapéutico recomendado en este Centro Holístico, el (los) cual(es) pueden, individual o de manera conjunta, formar parte de mi tratamiento alópata, esperando como beneficio la mejora de la sintomatología patológica de la que padezco.*

**Nuestros tratamientos y terapias no producen efectos negativos ni dañan la salud.*

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del tutor

Dejo constancia que he explicado la naturaleza del padecimiento, propósito, beneficios, riesgos, y alternativas del procedimiento, estudio propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he respondido completamente todas aquellas que me fueron formuladas. El (la) paciente (tutor) ha manifestado comprende totalmente lo que le he informado y contestado al respecto.

Nombre y firma del técnico/terapeuta
