



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO

Yo _____, rut _____, solicito evaluación en Medicina China, en un plan de tratamiento complementario. DECLARO que se me ha explicado que es posible proceder con el tratamiento de acupuntura, moxibustión, auriculoterapia y ventosas. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, poco graves y transitorios (sangrado del lugar de la punción, hematoma, calambres y hormigueos transitorios, desmayo, mareo, náuseas) o graves, pero muy poco frecuentes (neumotórax, rotura de la aguja, pericondritis del pabellón auricular, quemadura)

He entendido la información entregada con los beneficios, posibles síntomas y complicaciones, que se me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo. Comprendo que asisto a una escuela de Acupuntura y que el tratamiento puede ser realizado por alumnos en práctica supervisados por un profesional. CONSIENTO que se me realice tratamiento, bajo mi completa responsabilidad, comprometiéndome a seguir las instrucciones que se me indiquen.

En Santiago de Chile, a _____(fecha)

Nombre y firma Acupunturista

Firma Paciente o Adulto responsable
(menores de edad)

Fecha: /07 /2019

FICHA INGRESO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA

Nombre:	Caso Clínico N 20 / Sexo: Femenino	Edad:	52 años
Rut:		Ocupación:	Trabaja en la feria.
Celular:		Correo Electrónico:	
Motivo de consulta:	Prolapso de recto.		
Enfermedades actuales:	HTA. Fibromialgia. Colon irritable.		
Antecedentes familiares de enfermedades:	Mamá: artrosis. Cefaleas. Papá: no tiene antecedente		
Alergias (fármacos, alimentos)	No presenta		
Actividad física/frecuencia:	Una vez por semana va a club de natación.		
Fármacos actuales: (suplementos, vitaminas, hierbas)	Pregabalina 75. Losartan.		
Enfermedades recuperadas, hospitalizaciones, cirugías (con fecha)	Hace 5 años cirugía por prolapso de vejiga.		

Ginecología	Partos: 2 Natural/Cesárea: 2 natural Abortos: no FUR: hace 9 años		
Alimentación especial:	Come de todo, menciona que una vez a la semana come chatarra		
Tábaco: No	Alcohol: No. Solo en fiestas.	Drogas: No	
Antecedentes sociales:	Vive con esposo e hija menor		

ANAMNESIS PRÓXIMA Inicio, evolución, estado actual, agravantes, atenuantes, desencadenantes, cronología

La paciente derivada de reumatología, menciona que está presentando muchas incomodidades por su prolapso (sensación de caída), lleva 3 meses con incontinencia fecal esporádicas y dolor abdominal, situación que la tiene muy preocupada porque no puede salir a realizar compras o visitar a familiares con tranquilidad al estar atenta que ocurran episodios de incontinencia en otro lugar que no sea su casa.

Menciona que la fibromialgia ha pasado a segundo plano por esto otro.

Hace 7 años aproximadamente le diagnosticaron prolapso de vejiga, y de la cual fue operada (instalación de malla) hace 5 años, quedo bien después de eso.

Nos cuenta que hace unos meses tras tuvo muchos episodios de diarrea intensa por síndrome de colon irritable.

Ella cree que los prolapsos vienen por los sobre esfuerzos que siempre realizo en la feria.

EVALUACIÓN

1.- INTERROGATORIO

FRIO Y CALOR	Friolenta, se pone guateros en vientre bajo y zona lumbar
SUDOR	Muy poco
OÍDO (mareos, tinnitus)	No presenta
VISTA – OJOS	No presenta problemas a la vista ni ojos
APETITO	Normal. Aunque intenta comer poco porque presenta hinchazón después de comer
SABOR	Dulce y picante. Aunque intenta controlarse con el picante.
DIGESTIÓN	Todos los días 2 o 3 veces. 3 veces a la semana es diarrea y en ocasiones no la contiene.
CONSUMO AGUA (cantidad)	Aprox 1 ½. Lt.
SED - EDEMA	No edema. Sed normal.
ORINA	Turbia en la mañana principalmente. Después más clara.
SUEÑO	En ocasiones duerme preocupada de su incontinencia.
MENSTRUACIÓN	Menstruaciones normales cuando joven. 9 años menopausia

SEXUALIDAD	Tiene libido, solo que está cansada
MEMORIA (y otros neurológicos)	Buena memoria.
DOLOR	pocas veces dolores musculares lumbares Dolor sordo bajo vientre
OTROS en relación a los 5 elementos	Sus síntomas aumentan cuando comienza el otoño e invierno.

2.- INSPECCIÓN

VITALIDAD/SHEN (estado de ánimo, expresión, mirada, brillo)	Se observa preocupada y cansada.
OJOS	Normales
LABIOS	Normales
UÑAS	Normal
PELO	Normal
PIEL GENERAL	Normal

CARÁCTER – PERSONALIDAD

Se preocupada por su enfermedad, tiene ganas de realizar cosas pero todo esto no la deja y siente cuerpo débil.

3.- AUDICION – OLFATO

VOZ	Normal débil, se observa sin tantas ganas de hablar
HABLA	Habla suave y pausado
RESPIRACIÓN	Normal.
TOS	No.
SUSPIROS	No
OLOR (corporal, halitosis)	No

4.- EXAMEN GENERAL

PESO: 60	TALLA: 1,60	Presión arterial:
----------	-------------	-------------------

5.- PULSO

(Profundidad, Velocidad, Intensidad - fuerza, Forma - amplitud, Largo, Ritmo)

	DERECHO	IZQUIERDO
cun	profundo – débil	Medio normal
GUAN	Profundo – débil	Medio normal
chi	Profundo débil	Débil- profundo

Observaciones:

Profundo y débil

5.- LENGUA

CUERPO

COLOR	Pálida
FORMA	Normal- húmeda

SABURRA

COLOR	blanca
CARACTERÍSTICAS	
GROSOR	Normal a gruesa

MOVIMIENTO	Normal
SUBLINGUAL	Normal



OBSERVACIONES:

6.-PALPACIÓN MERIDIANOS Y PUNTOS

Le agrada la presión al palpar vientre bajo.

DIFERENCIACIÓN DE SÍNDROMES

8 PRINCIPIOS (justificación)

FRIO/ CALOR	
EXTERIOR /INTERIOR	
EXCESO/DEFICIENCIA	
YIN/ YANG	

QI / SANGRE/ FLUIDOS (justificación)

QI	
SANGRE	
FLUIDOS	

ZANG / FU (justificación)

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO

1. SINDROMES GENERALES

2. SINDROMES ESPECÍFICOS

HIPÓTESIS SEGÚN LOS 5 ELEMENTOS (explicación breve y esquema)

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

PRESCRIPCIÓN BÁSICA

(especificar tonificación, dispersión, moxa, electroacupuntura, etc)

FRECUENCIA:	
--------------------	--

AURICULOTERAPIA:

RECOMENDACIONES GENERALES/ OBSERVACIONES:

HOJA DE TRATAMIENTO

SESIÓN 2	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			
SESIÓN 3	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			
SESIÓN 4	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			

SESIÓN 5	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			

SESIÓN 6	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			

SESIÓN 7	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			