



## 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:     /     /

### FICHA INGRESO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA

Nombre:	Caso Clínico N5 / Sexo: Femenino	Edad: 52 años
Rut:		Ocupación: Secretaria
Celular:		Correo Electrónico:
Motivo de consulta:	Neuralgia del Trigémino	
Enfermedades actuales:	Hipertensión, Resistencia a la Insulina, Triglicéridos altos	
Antecedentes familiares de enfermedades:	Hipertensión, Diabetes	
Alergias (fármacos, alimentos)	No	
Actividad física/frecuencia:	Pilates	
Fármacos actuales: (suplementos, vitaminas, hierbas)	Atorvastatina, Saxenda, oxcarbazepina	
Enfermedades recuperadas, hospitalizaciones, cirugías (con fecha)	Apendicectomía (17 años) 2 cesáreas Hemorroides (25 años) Histerectomía parcial	

Ginecología	Partos: 1 Natural/Cesárea 2 Abortos: 2 FUR: Inicio de climaterio		
	Preclampsia (2 abortos retenidos) tuvo citomegalovirus		
Alimentación especial:	Como de todo		
Tábaco:	No	Alcohol:	Si, social
		Drogas:	No
Antecedentes sociales:	Vive con su esposo + 3 hijos + 1 perrito		

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

Hace 7 años comienza con el primer episodio con dolor e insensibilidad en el rostro. Fue evaluada por un Neurólogo y se descartó Esclerosis Múltiple. Un segundo episodio comienza hace 4 meses con hasta 3 shock al día, asiste a un segundo Neurólogo que evalúa con RNM y hasta el momento siente que el tratamiento no le está haciendo nada para los flashes de dolor y por el contrario, siente que no tolera el tratamiento. Esta a la espera de una tercera evaluación en los próximos días. Se siente muy afectada, siente miedo a hacer cosas rutinarias por el dolor.

Se siente muy estresada en el trabajo, no se siente tranquila. A parte de la carga laboral aumentada por la pandemia, cambios de gerencia hacen un clima de inestabilidad, cuando el estrés es muy intenso siente que se le aprieta la garganta. Siente que su humor fluctuante, se irrita con facilidad. Además, una reciente cirugía de su esposo hizo aumentar la tensión en la casa. Se siente cansada, siente que le pesan las piernas.

## EVALUACIÓN

### 1.- INTERROGATORIO

FRIO Y CALOR	Prefiere el frío
SUDOR	Normal
OÍDO (mareos, tinitus)	Sufre de episodios de vértigo intermitente
VISTA – OJOS	Presbicia
APETITO	Falta de apetito. Le da miedo comer por miedo a sentir dolor. Suele sentir hinchazón después de las comidas.
SABOR	Prefiere las cosas dulces
DIGESTIÓN	Va de 2 a 3 veces al día, pastosas. Bristol 5+
CONSUMO AGUA (cantidad)	Alrededor de 1 litro
SED - EDEMA	Sed
ORINA	Amarilla, olor leve. Mas o menos 8 veces al día
SUEÑO	Habitualmente se duerme a las 2AM y se levanta a las 6:30. Sueño no reparador
MENSTRUACIÓN	No tiene por histerectomía, antes eran muy abundantes, con dolor y miomas. Tiene quistes mamarios

SEXUALIDAD	Baja libido
MEMORIA (y otros neurológicos)	Memoria bien. A veces siente mareos
DOLOR	Dolor y pesadez de cabeza, al menos dos veces por semana
OTROS en relación a los 5 elementos	Palpitaciones, sensación de opresión del pecho. A veces siente dolor en los hipocondrios.

## 2.- INSPECCIÓN

VITALIDAD/SHEN (estado de ánimo, expresión, mirada, brillo)	Visualmente se ve alterada. Con temor a ser pinchada en la cara. Rostro cansado y tenso
OJOS	mirada cansada
LABIOS	normales
UÑAS	normal
PELO	normal
PIEL GENERAL	normal

## CARÁCTER – PERSONALIDAD

---



---



---

## 3.- AUDICION – OLFATO

VOZ	Normal
HABLA	Utiliza pocas palabras por miedo al dolor
RESPIRACIÓN	Normal
TOS	No
SUSPIROS	Si
OLOR (corporal, halitosis)	Normal

## 4.- EXAMEN GENERAL

PESO: 85kg	TALLA: 1,60mt	Presión arterial: Sin información
------------	---------------	-----------------------------------

## 5.- PULSO

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

	DERECHO	IZQUIERDO
CHI	Débil y profundo	Débil
GUAN	Profundo, más lleno	Más lleno y medio, algo tenso
CUN	Profundo y débil	Medio

### Observaciones:

Velocidad del pulso: normal alto

## 5.- LENGUA

### CUERPO

COLOR	Rosa, algo mas roja en la punta y costados
FORMA	Dentada

### SABURRA

COLOR	Blanca
CARACTERÍSTICAS	Más espesa hacia el costado derecho
GROSOR	Medio

MOVIMIENTO	Normal
SUBLINGUAL	Normal



### OBSERVACIONES:

## 6.-PALPACIÓN MERIDIANOS Y PUNTOS

Puntos dolorosos Taibai y Yanglingquan. Dolor en codos (medial)

## 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**

<b>FRECUENCIA:</b>	
--------------------	--

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

---

---

---

---

---

---

**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:				

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

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

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