



## 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 N11 / Sexo: Femenino	Edad: 37 años
Rut:		Arquitecto
Celular:		Correo Electrónico:
Motivo de consulta:	Rinitis Alérgica	
Enfermedades actuales:	Asma	
Antecedentes familiares de enfermedades:	Mamá: Alérgica / Papá: hipertenso, diabetes	
Alergias (fármacos, alimentos)	Polvo, polen	
Actividad física/frecuencia:	Yoga	
Fármacos actuales: (suplementos, vitaminas, hierbas)	Desloratadina, suplementos alimenticios	
Enfermedades recuperadas, hospitalizaciones, cirugías (con fecha)	No	

Ginecología		Partos: <b>No</b> Natural/Cesárea <b>No</b> Abortos: <b>No</b> FUR: <b>29 de Septiembre</b>			
Tábaco:	<b>No</b>	Alcohol:	<b>Social</b>		Drogas: <b>No</b>
Antecedentes sociales:		<b>Vive con su pareja, sin mascotas</b>			

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

Presenta alergias respiratorias desde niña (10 años aprox) pero siente que este año han sido más intensas. Le dan crisis muy fuertes con muchos estornudos y descarga nasal acuosa y blanquecina. El resto del tiempo se le suele tapar la nariz, congestionada y a veces le produce dolor de cabeza. Si bien toda la pandemia se cuidó mucho, este año se ha resfriado muchas veces., lo que a veces le cuesta distinguir entre resfrío y alergia.

Al pasar de los años a probado tratamientos de todo tipo. Y lo que mayor efecto le había funcionado era el cambiar de antialérgico cada seis meses (especialista)

Dice sentirse muy cansada, fatigada. Siente el peso de todo lo vivido este año y desde que comenzó la pandemia. Ha pasado por etapas depresivas antes y no descarta estar viendo un episodio.

## EVALUACIÓN

### 1.- INTERROGATORIO

FRIO Y CALOR	Evita el frío, incluso en verano. Tiene rechazo a las corrientes de aire.
SUDOR	Tiende a sudar con facilidad durante el día
OÍDO (mareos, tinnitus)	Normal
VISTA – OJOS	Normal
APETITO	Escaso. Muchas veces come porque hay que comer
SABOR	Ni preferencia ni rechazo por ninguno en particular
DIGESTIÓN	Va a diario, con tendencia a tener heces blandas
CONSUMO AGUA (cantidad)	1 a 1 1/2 litro al día
SED - EDEMA	Sin sed / a veces se le hinchan las piernas
ORINA	Clara y a veces abundante (dependiendo del consumo de agua)
SUEÑO	No le cuesta quedarse dormida, duerme las horas que corresponden, pero despierta cansada
MENSTRUACIÓN	Suele tener ciclos tardíos, dolorosos, sobretodo en la zona lumbar

SEXUALIDAD	Bajo deseo sexual
MEMORIA (y otros neurrológicos)	Normal
DOLOR	El dolor lumbar es recurrente, es un dolor cansado que se alivia con la aplicación de calor
OTROS en relación a los 5 elementos	

## 2.- INSPECCIÓN

VITALIDAD/SHEN (estado de ánimo, expresión, mirada, brillo)	Tez pálida, rostro cansado
OJOS	Normales
LABIOS	Normales
UÑAS	Normales
PELO	Normal
PIEL GENERAL	Normal

## CARÁCTER – PERSONALIDAD

---



---

## 3.- AUDICION – OLFATO

VOZ	Habla con tono de voz bajo
HABLA	de pocas palabras, da la sensación de no querer hablar
RESPIRACIÓN	Algo congestionada
TOS	Sí, leve
SUSPIROS	No
OLOR (corporal, halitosis)	Normal

## 4.- EXAMEN GENERAL

PESO: 62Kg	TALLA: 1,60mt	Presión arterial: Tendencia a la baja
------------	---------------	---------------------------------------

## 5.- PULSO

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

	DERECHO	IZQUIERDO
CHI	Sumergido	Sumergido
GUAN	Débil	Débil
CUN	Profundo y débil	Débil

### Observaciones:

Velocidad del pulso normal

## 5.- LENGUA

### CUERPO

COLOR	Pálida
FORMA	Hinchada

### SABURRA

COLOR	Blanca
CARACTERÍSTICAS	Delgada
GROSOR	

MOVIMIENTO	Normal
SUBLINGUAL	Normal



### OBSERVACIONES:

Húmeda

## 6.-PALPACIÓN MERIDIANOS Y PUNTOS

Las extremidades se palpan frías, en particular las rodillas. La zona lumbar se siente fría y blanda

## 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

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