



EQUILIBRIA
Acupuncture & Holistic Health Care

NEW PATIENT INFORMATION - NUEVO PACIENTE

Date / *Fecha:* _____ Gender / *Género:* F M Last 4 digits of your SS# _____

Last Name / *Apellido:* _____ First Name / *Nombre:* _____ Middle / *2do:* _____

Address / *Dirección:* _____ City / *Ciudad:* _____ State / *Estado:* _____ Zip / *CP:* _____

Date Of Birth / *Fecha de Nacimiento:* _____ Country/ State / *País/ Estado:* _____ Children? ages? / *Ninos? edad* _____

Marital Status: Married / *Casado/a* Divorced / *Divorciado/a* Separated / *Separado/a* Widowed / *Viudo/a* Single / *Soltero/a*

Occupation / *Profesión:* _____ Full Time / *T completo* Part time / *Parcial* How Many Hours/week? / *Cuantas Horas/ semana* _____

Name of your Medical Doctor / *Nombre de su Doctor:* _____

Other Healthcare providers / *Otros Proveedores Medicos:* _____

Email / *Correo electronico:* _____

Home Phone / <i>Telefono casa:</i> _____	Mobile / <i>Celular:</i> _____	Work: / <i>Trabajo:</i> _____
--	--------------------------------	-------------------------------

Please list family members or other persons, if any, whom we may contact in case of **MEDICAL EMERGENCY ONLY**.
Por favor indicar un familiar o otras personas, a quienes podemos contactar SOLO en caso de EMERGENCIA.

Name / <i>Nombre:</i> _____	Phone / <i>Telefono:</i> _____	Relationship / <i>Relación:</i> _____
Name / <i>Nombre:</i> _____	Phone / <i>Telefono:</i> _____	Relationship / <i>Relación:</i> _____

AUTHORIZATION NOTICE - AUTORIZACIONES

Do you allow us to send you emails to the above indicated email address for all our future correspondence including appointment reminders, invoices, medical documents, News letters, marketing & events we would organize? <i>Nos autoriza enviarle por el correo electronico que Usted mas arriba nos indica, toda correspondencia incluyendo recordatorio de cita, facturación, documentos medicos, mercadeo o eventos que organicemos?</i>			Yes - <i>Si</i> No			
Do you authorize us to leave any detailed voice message on your Home phone? <i>Nos autoriza dejar mensajes de voz detallados a su telefono de casa?</i>	Yes - <i>Si</i> No	On indicated Mobile? / <i>Al celular indicado?</i>	Yes - <i>Si</i> No			
Contact me for appointment confirmation via: / <i>Confirmarme la cita por :</i>	Text MSG: / <i>texto MSG</i>	Yes - <i>Si</i> No	Phone call: / <i>llamada Telefonica</i>	Yes - <i>Si</i> No	Email / <i>Correo electronico</i>	Yes - <i>Si</i> No

How did you hear about us or who referred us ? / *Como supieron de nuestra clinica o Quien les refirio ?*

Did you have acupuncture before, if so for what reason? *Recibio acupuntura anteriormente, por que razón?*

Hobbies / *Pasatiempos*: _____

Do you believe you are or may be pregnant ? If yes, how long?
Piensa que esta embarazada o esta embarazada ? Cuanto tiempo? _____

What are you ALLERGIC to? *Si tiene ALLERGIAS indicarnos que substancia(s)*

Do you have or had have any of the following conditions ? If yes, please indicate date of diagnosis:

Tiene o tuvo uno o varias condiciones siguientes? Si fuera el caso, Indicar la fecha del diagnostico:

	Date / Fecha		Date / Fecha
Pacemaker / <i>Stimulador cardiaco</i>	_____	Bleeding disorder/ <i>Problema coagulación</i>	_____
Seizure disorder/ <i>Ataques epileptico</i>	_____	Anemia / <i>Anemia</i>	_____
Metal in body / <i>Metal en el cuerpo</i>	_____	Cancer type/ <i>Cancer de:</i> _____	_____
Hypoglycemia / <i>Hipoglecemia</i>	_____	HIV / <i>Sida</i>	_____
Diabetes / <i>Diabetes</i>	_____	Hepatis (A, B, C, D)	_____
Stroke / <i>Infarto</i>	_____	Thyroid Disorder / <i>Tiroide:</i> Hypo / Hyper	_____
High Blood Pressure/ <i>Presión alta</i>	_____	Heart Disease / <i>enfermedad del corazón</i>	_____
Mental illness/ <i>Enfermedad Mental</i>	_____	Other / <i>Otros:</i> _____	_____

Please list any past accidents, severe falls, major injuries, fractures, dislocation, cuts, etc.
Por favor indicar pasados accidentes, graves caídas, lesiones graves, fracturas, dislocación, cortadas, etc.

Date/ Fecha	Type / Tipo

Indicate where you have SCARS - *Indicar adonde tiene CICATRICES*

List all supplements, vitamins, herbs & medications you are currently taking:

Indique todas los medicamentos, vitaminas, hierbas o otros suplementos que este tomando actualmente:

Dosage - <i>Dosis</i>	Name - <i>Nombre</i>	indication - <i>Indicación</i>	

Have you been exposed or currently exposed to chemicals, or other toxic environments? work? home? please describe

Usted esta o estuvo expuesto a quimicos o otras sustancias toxicas? Al trabajo, o Casa? por favor Describa:

List **MAJOR COMPLAINTS** in order of significance to you, where your #1 issue is the main reason for your visit. And If there is Pain rate your pain from 1 to 10, 10 being Highest level of pain.

*Ponga en orden de importancia sus **MAYORES QUEJAS**, indique la intensidad del dolor de 1 a 10, 10 siendo intenso*

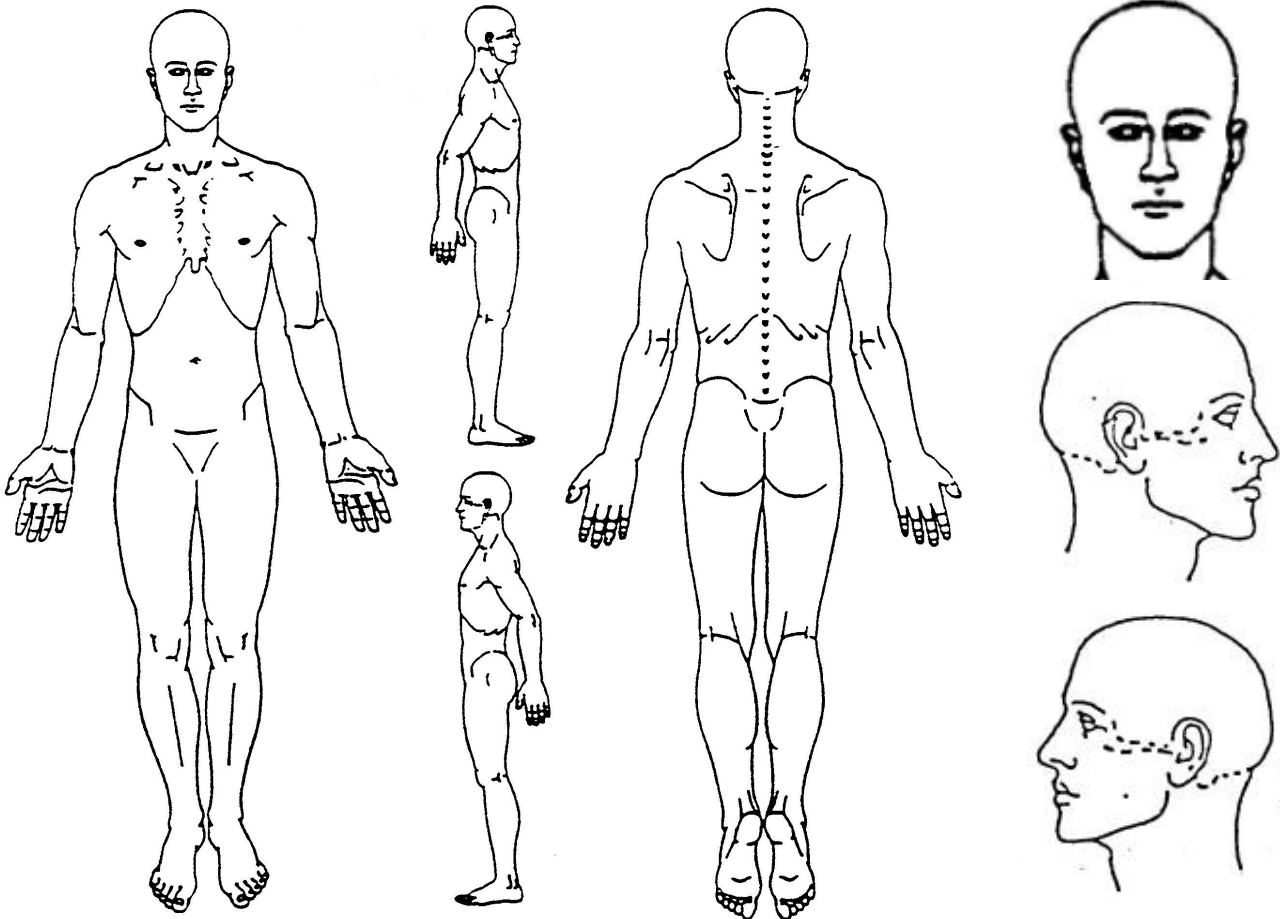
	Issue / <i>problema</i>	When it started / <i>cuando empezo ?</i>	Pain / <i>dolor</i> 1-10
1			
2			
3			

Point with the following letters WHERE you have discomfort and the corresponding description:

"X" Sharp/Stabbing **"N"** Numbness
"P" Pins & Needles **"T"** Tightness/Spasm
"D" Dull/Aching

Indique en el dibujo con las letras correspondientes el LUGAR y el tipo de sensación :

"X" agudo/punzada **"P"** Hormiguero/cosquillero
"D" Doloroso **"N"** entumecido/adormecido
"T" tirantez, contraído, espasmos



What makes the pain BETTER?	What makes the pain WORSE?	Que MEJORA el dolor ?	Que EMPEORA el dolor ?
<input type="checkbox"/> soft pressure <input type="checkbox"/> hard pressure <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Heat <input type="checkbox"/> Exercise / movement <input type="checkbox"/> Rest, after a night sleep other: _____	<input type="checkbox"/> soft pressure <input type="checkbox"/> hard pressure <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Heat <input type="checkbox"/> Exercise / movement <input type="checkbox"/> Rest, after a night sleep other: _____	<input type="checkbox"/> presion suave <input type="checkbox"/> presion dura <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> ejercicio, movimiento <input type="checkbox"/> Descanzo, una noche otros: _____	<input type="checkbox"/> presion suave <input type="checkbox"/> presion dura <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> ejercicio, movimiento <input type="checkbox"/> Descanzo, una noche otros: _____

How do these conditions impair or limit your daily activities?
En que, estas condiciones, le afecta o lo limita en sus actividades diarias?

Indicate close family members (Grand Mother, mother, father, etc.) with any of the following:
Indicarnos Si un familiar cercano (Abuelo/a, Madre, padre, hermanos, etc) tiene / tuvo uno o varios de lo siguientes:

Allergies/ <i>Alergias</i>		Heart Disease/ <i>Corazon</i>		Diabetes	
Asthma/ <i>Asma</i>		Stroke / <i>Infarto</i>		Cancer	
Blood Pressure <i>Presion alta/ baja</i>		High Cholesterol/ <i>Colesterol</i>		Mental illness/ <i>Enfermedad Mental</i>	

Others/ Otros: _____

Do you exercise? How often? What exercise routine? How many Minutes/ hours a Day/ week? Describe:
Hace ejercicio? Que tipo? Que tan amenudo? Minutos/ dia o horas/ semanas? Describe:

Please describe your average daily diet - *Describe un tipico dia de comidas:*

Breakfast <i>Desayuno</i>	<i>time/hora:</i> _____
Lunch <i>Almuerzo</i>	<i>time/hora:</i> _____
Snacks <i>Meriendas</i>	<i>time/hora:</i> _____
Dinner <i>Cena</i>	<i>time/hora:</i> _____

Do you consume / *Consume ?*

- Cigarettes? *Cigarillos* _____ How many a day? *Cuantos por día* _____ How long? *Cuanto Tiempo?* _____
- Alcohol? *Alcool* _____ What type? *Que tipo* _____ How many glasses/ Bottles a day? *Vasos / Botellas / día* _____
- Coffee? *Cafe* _____ How many cups a day? *Cuantas tazas/día* _____
- Soda? *Soda* _____ What Type? *Que tipo* _____ How Many glasses/ Cans a day? *Cuantas latas/ vasos /día?* _____
- Tea ? *Te* _____ Black? Green? Red? Herbal? *Negro? Verde? Hierbas?* How many cups a day? *cuantas tazas/ día?* _____
-

How much water do you drink per day(indicate oz./cups / glasses)?

Cuanta agua toma por día en onzas / vasos? _____

How many hours per night do you sleep on average?

Cuantas horas duerme en promedio por noche? _____

Do you wake rested?

Se despierta descansado?

How is your energy Level?

Como mide su energía?

Please circle.

haga circulo

Low

Bajo

< 1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

>

High

Alto

What time of day is your energy / *A que hora del día está su energía?*

Highest / <i>Más Alto</i>	<input type="checkbox"/> 6am-12pm	<input type="checkbox"/> 1pm-5pm	<input type="checkbox"/> 6pm-12am
Lowest / <i>Más Bajo</i>	<input type="checkbox"/> 6am-12pm	<input type="checkbox"/> 1pm-5pm	<input type="checkbox"/> 6pm-12am

Do you fatigue easily?

Se canza rápido o fácilmente? Yes No

How do you feel emotionally? *Como se siente Emocionalmente?*

How do you describe yourself with your own words ? Example: Hyperactive, slow, enjoyable, grumpy, funny, easy going, solitary, timid, competitive, etc

Como se describe como persona con sus propias palabras? ejemplos: Hiperactivo, lento, grunon, facil de convivir, solitario, chistoso, tímido, competitivo, etc

How are your stress levels?

Nivel de Estress ?

Please circle.

Haga circulo

Low

Bajo

< 1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

>

High

Alto

Please select what you have experienced in the last 3 to 6 months:

Emotions / sleep - <i>Estado Emocional - Sueño</i>		
<input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty Falling Asleep <input type="checkbox"/> Difficulty Staying Asleep <input type="checkbox"/> Waking up several time a night what time? _____ <input type="checkbox"/> Waking Up Early what time? _____ <input type="checkbox"/> Restless Sleep <input type="checkbox"/> Excessive Dreaming How you wake up? <input type="checkbox"/> rested <input type="checkbox"/> Tired	<input type="checkbox"/> Poor memory <input type="checkbox"/> short term memory loss <input type="checkbox"/> long term memory loss <input type="checkbox"/> Difficulty concentration <input type="checkbox"/> Panic attacks <input type="checkbox"/> get angry / Annoyed easily <input type="checkbox"/> Nervousness <input type="checkbox"/> Suppressed Emotions <input type="checkbox"/> Frequent Sighing <input type="checkbox"/> Easily Startled	<input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Difficulty making decisions <input type="checkbox"/> Mood Swings <input type="checkbox"/> Anxiety / worries <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Stress ? <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Relationship <input type="checkbox"/> General
<input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Dificultad en dormirse <input type="checkbox"/> Dificultad en quedarse dormido <input type="checkbox"/> Se despierta varias veces / noche A que horas? _____ <input type="checkbox"/> Se despierta temprano - A que horas? ____ <input type="checkbox"/> El sueño es inquieto <input type="checkbox"/> Muchos sueños Como se despierta? <input type="checkbox"/> Cansado <input type="checkbox"/> descansado	<input type="checkbox"/> Poca memoria <input type="checkbox"/> Perdida memoria corto plazo <input type="checkbox"/> Perdida Memoria largo plazo <input type="checkbox"/> Dificultad en concentrarse <input type="checkbox"/> Ataques de Pánicos <input type="checkbox"/> Se enfada facilmente <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Sentimientos reprimidos <input type="checkbox"/> Suspiros frecuentes	<input type="checkbox"/> Se asusta facilmente <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Dificultad en tomar decisiones <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Ansiedad- preocupación <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Estres? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Relación <input type="checkbox"/> General

Skin - <i>Piel</i>	
<input type="checkbox"/> Rashes/Eczema/Hives/Psoriasis <input type="checkbox"/> Dry Hair <input type="checkbox"/> Hair Loss <input type="checkbox"/> Changes in Skin Color	<input type="checkbox"/> Easy Bruising <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Dry / Itchy Skin <input type="checkbox"/> Brittle Nails
<input type="checkbox"/> Erupción/ Urticaria/ eczema/ psoriasis <input type="checkbox"/> Cabello seco <input type="checkbox"/> Caída del cabello <input type="checkbox"/> Cambio de color de piel	<input type="checkbox"/> Contusión fácil (morado, moreton) <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Resequedad /picazón de la piel <input type="checkbox"/> Uñas fragiles

Head, Eye, Ear, Nose, and Throat - <i>Cabeza, Ojo, Oído, Nariz, Garganta</i>		
<input type="checkbox"/> Eye Dryness <input type="checkbox"/> Eye Floaters or Spots <input type="checkbox"/> Blurry Vision <input type="checkbox"/> Poor Night Vision <input type="checkbox"/> Ringing in Ears <input type="checkbox"/> High pitch <input type="checkbox"/> Low Pitch	<input type="checkbox"/> Hearing Difficulties <input type="checkbox"/> Headaches / Migraines <input type="checkbox"/> Teeth Grinding / TMJ <input type="checkbox"/> Sore Throat <input type="checkbox"/> Chronic Sinus Congestion	<input type="checkbox"/> Dry Mouth <input type="checkbox"/> Bad Breath <input type="checkbox"/> Mouth Sores / Ulcers <input type="checkbox"/> Bleeding Gums <input type="checkbox"/> Increase in Thirst
<input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Ve puntitos negros <input type="checkbox"/> Vista borrosa <input type="checkbox"/> Mala vision nocturna <input type="checkbox"/> Sumbidos en los oídos /Tinnitus <input type="checkbox"/> Sonido agudo sonido Bajo	<input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/ migrania <input type="checkbox"/> Rechina dientes ? <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sinusitis cronicas <input type="checkbox"/> Congestion nasal	<input type="checkbox"/> Boca reseca <input type="checkbox"/> Mal Aliento <input type="checkbox"/> Ulceras en la bosa <input type="checkbox"/> Desangre de las encía <input type="checkbox"/> Augmento en sed

Energy and Immunity -- <i>Energia e Inmunidad</i>	
<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Allergies (which?) _____ <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Chronic Fatigue Syndrome <input type="checkbox"/> Thyroid Problems <input type="checkbox"/> Tendency to Catch Colds <input type="checkbox"/> Sudden Weight Change
<input type="checkbox"/> Cansasio <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anemias	<input type="checkbox"/> Sindrome de Fatiga Chronica <input type="checkbox"/> Problemas de tiroide <input type="checkbox"/> Se resfria facilmente <input type="checkbox"/> Repentino cambio de peso

Male Health - <i>Solo para Hombres</i>	
<input type="checkbox"/> Prostate Enlargement <input type="checkbox"/> Impotence <input type="checkbox"/> Painful testes <input type="checkbox"/> Groin Pain	<input type="checkbox"/> Premature Ejaculation <input type="checkbox"/> Decreased Libido <input type="checkbox"/> Cannot maintain erection
<input type="checkbox"/> Augmento de la prostata <input type="checkbox"/> Impotancia <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Dolor en las ingles	<input type="checkbox"/> Prematura eyaculación <input type="checkbox"/> Bajo deseo sexual / Libido <input type="checkbox"/> Dificultad en manterner erección
Did you ever have a Prostate exam? Y / N ? Date? _____ <i>Si se a hecho un chequeo de la prostata? Si / No, Fecha? _____</i> Diagnosis?/ <i>Diagnostico?</i> _____ Past or present genital infection and/or Urinary tract infection? <i>Tiene o tuvo alguna infeccion del aparato genital o infeccion urinaria?</i> _____ _____	

Gastrointestinal disorders - <i>Desorden Gastrointestinal</i>		
<input type="checkbox"/> Changes in Appetite <input type="checkbox"/> Nausea / Vomiting <input type="checkbox"/> Bloating <input type="checkbox"/> Pain: <input type="checkbox"/> right after meal <input type="checkbox"/> 1or 2h after meal	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Heartburn / Acid Reflux <input type="checkbox"/> Belching / burping <input type="checkbox"/> loud <input type="checkbox"/> soft <input type="checkbox"/> a lot <input type="checkbox"/> little <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> feeling of Distented Belly	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Ulcers (GIT) When? _____ <input type="checkbox"/> Hiatus Hernia- When ? _____
<input type="checkbox"/> Cambios en apetito <input type="checkbox"/> Nausia / vomito <input type="checkbox"/> Inchado <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> justo despues de las comidad <input type="checkbox"/> 1-2h despues de las comidas	<input type="checkbox"/> Flatulencias - Gas <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Eruptos <input type="checkbox"/> fuertes <input type="checkbox"/> normales <input type="checkbox"/> pocos <input type="checkbox"/> muchos <input type="checkbox"/> Sensacion de tener una barriga inchada	<input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Ulcera - Cuando ? _____ <input type="checkbox"/> Hernia de hiato ? Cuando? _____

Neurological disorder - <i>Desorden Neurologico</i>	
<input type="checkbox"/> Vertigo / Dizziness <input type="checkbox"/> Numbness / Tingling <input type="checkbox"/> Poor Concentration or Memory Other diagnosed: _____ _____	<input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormiguero <input type="checkbox"/> dificil de concentrarse Otros diagnosticados: _____ _____

Kidney/Urinary - *Riñon y Urinario*

Color of urine? Pale Yellow Dark Yellow Other:
Color del Urine? *Palido* *Amarillo* *Amarillo Oscuro* *Otros*

Painful Urination
 Frequent Urinary Tract Infections
 Urgent Urination
 Frequent Urination, more so
 during day Night all day
 Since when? _____

Edema / Swelling
 Incontinence
 Permanent on effort
 Since when? _____
 kidney Stone History
 last in date? _____

Dolor al urinar
 Frecuentes infecciones urinarias
 Urinar con urgencias
 Urina frecuentemente
 Mas en el dia Noche todo el dia
 Desde cuando? _____

Edema / hinchazón
 Incontinencia
 Permanente Al esfuerzo
 Desde cuando? _____
 Historial calculos renales
 Cuando la ultima vez? _____

Respiratory/Cardiovascular/ Vascular - *Sistema Respiratorio / CardioVascular y Vascular*

Shortness of Breath
 Only on movement/ exercising
 Asthma
 Chest Pain
 Heart Palpitations / Fluttering

Chronic Cough
 Night Sweats
 Unusual Sweating
 Particularly sensitive to the cold
 Particularly sensitive to heat

Poor Circulation (Cold hands/feet)
 Varicose veins
 Spider veins

Falta de aliento
 solo con movimiento o al ejercer
 Astma
 Dolor de pecho
 Palpitaciones

Tos chronica
 Sofocos / accesos repentinos de calor
 Sudoracion/ transpiración inusual
 Sensibilidad al frio
 Sensibilidad al calor

Mala circulación de la sangre
 Varicosas
 Arantias

Bowel movements - *Evacuación intestinal*

How often? _____ time(s) a day, or _____ time(s) a week
 I have or had:
 Irregular Bowel Movements
 Constipation
 Diarrhea
 Painful bowel movements
 Undigested food in stools

Burning sensation of the anus
 Hemorrhoids
 Itchiness
 Loose stools
 Hard stools
 Blood in stools
 Gas

Cuantas veces? ___ al dia, o _____ a la semana
 Tengo o tuve:
 Irregularidad en ir al bano
 Constipación
 Diarrea
 Evacuación dolorosas
 Comida sin digerir en la heces

Sensación de ardor del ano
 Hemorroides
 Picazon
 Heces muy sueltas
 Heces muy duras
 Sangre en las heces
 Gas

FOR WOMEN ONLY - *SOLO PARA MUJERES*

Are you in Menopause ? Y / N Since when / age ? _____ Pre Menopausal? Y/ N Since when? _____
Esta en Menopausia? Si / No Desde Cuando/ Edad? ___ En Premenopausia? Si / No Cuando empezo? ___

Age of your first Menses? _____ *Edad en su primer menstruación? _____*

Do you have a cycle ? Y / N Is your cycle: Regular Irregular
Tiene menstruaciones? Si / No Es su ciclo: Regular Irregular

Do you use any type of contraceptive methods ? Y / N

If Yes: Contraceptive Pill, brand _____ Since when / how many years: _____

Tube Tied Date: _____ Other: _____

Date of last ONGYN check? _____ PapSmear _____ Diagnosis: _____

fecha de ultimo chequeo Ginecologico? _____ Papanicolaou: _____ Diagnosis _____

If IRREGULAR Cycle, please describe your cycle details / *Si ciclo IRREGULAR describa con detalles*

Date of last cycle: <i>Fecha de la ultima menstruación</i> _____	They last how many days? <i>Duracion en días?</i> _____
---	--

If REGULAR, please describe / *Si ciclo REGULAR describa con detalles*

Date of last cycle: <i>Fecha de la ultima menstruación</i> _____	"They" come every ____ days <i>"Llega" cada ____ Días</i>	How many days is your flow ? <i>Cuantos días es el flujo?</i> _____
---	--	--

Choose one / <i>Escoja uno</i>	Day/ Día1	Day/ Día2	Day/ Día3	Day/ Día4	Day/ Día5	Day/ Día6	Day/ Día7
COLOR: Pale, Bright red, Brown rust, Dark purple, Pink, orange, other <i>Palido, rojo vivo, marrón, morado oscuro, rosado, anaranjado, otro</i>							
FLOW: Normal, Heavy, Light <i>FLUJO: normal, pesado, ligero</i>							
PAIN, cramps: Dull, Sharp, other <i>DOLOR: ligero, sordo, agudo, otro</i>							
V= Vomiting/ <i>Vómito</i> N= Nausea							
H= Headaches - M= Migrain <i>DC=Dolor de cabeza - M= Migraña</i>							
Describes the Clots : a lot, big, string like, few, very thin <i>Describe los coagulos: Muchos, pocos, finos, gruesos</i>							

Do you experience Menstrual Pain Before During After ?
 Do you experience Headache / migraine Before During After your menstruation?

<input type="checkbox"/> Mid-cycle mucus <input type="checkbox"/> Vaginal discharge. Colour? _____ <input type="checkbox"/> Unusual Vaginal Discharge Odor <input type="checkbox"/> Hot flashes <input type="checkbox"/> Vaginal Dryness <input type="checkbox"/> Breast Lumps / Cysts	<input type="checkbox"/> Uterine Fibroids <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Frequent Yeast Infections <input type="checkbox"/> Decreased Libido <input type="checkbox"/> Irritability <input type="checkbox"/> Breast Tenderness	<input type="checkbox"/> Cravings <input type="checkbox"/> Cramps <input type="checkbox"/> Menstrual Related Moodiness <input type="checkbox"/> “ “ “ Breast-Tenderness <input type="checkbox"/> Menstrual Related Bloating <input type="checkbox"/> Bleeding Between Cycles <input type="checkbox"/> Ovarian Cysts
<input type="checkbox"/> Mocosidad mitad de ciclo <input type="checkbox"/> Secreción Vaginal. Color? _____ <input type="checkbox"/> Inusual olor de secreción Vaginal <input type="checkbox"/> Calores/ sofócos cuando? <input type="checkbox"/> resequedad vaginal <input type="checkbox"/> nodulos/bultos en los senos	<input type="checkbox"/> Fibroides uterinos <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones Urinarias (candidiasis) <input type="checkbox"/> bajo Libido (bajo deseo sexual) <input type="checkbox"/> Iritabilidad <input type="checkbox"/> senos dolorosos	<input type="checkbox"/> antojos <input type="checkbox"/> cólicos <input type="checkbox"/> Humores debito a menstruación <input type="checkbox"/> Senos sensibles “ “ “ <input type="checkbox"/> Distención relacionado con menstruación <input type="checkbox"/> sangrado entre ciclos <input type="checkbox"/> quiste de ovario

For Physician Use Only: