



### Información del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ F \_\_ M \_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Edad: \_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Soltera/ o Casada/o Otra/ o Hijos? \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 En emergencia notifique: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_  
 Ha sido tratada/o con acupuntura anteriormente? \_\_Si \_\_No

### Condición de el/la paciente

Que es lo que quiere que tratemos? \_\_\_\_\_  
 Cuando empezó el problema? \_\_\_\_\_  
 Ha sido diagnosticada/ o por esta condición? \_\_Si \_\_No Por quien? \_\_\_\_\_  
 Que tanto interfiere este problema en su vida diaria (Trabajo, sueño, etc.)?  
 \_\_\_\_\_  
 Que tipo de tratamiento ha tratado? \_\_\_\_\_  
 Que hace que el problema empeore? \_\_\_\_\_  
 Que lo hace mejorar? \_\_\_\_\_  
 Alguien en su familia sufre de el mismo problema? \_\_\_\_\_

### Historia Medica (Por favor encierre en un círculo e incluya la fecha cuando fue diagnosticada/o)

Enfermedades: Cáncer Diabetes Hepatitis Tiroides Convulsiones Fibromialgia Artritis  
 Tuberculosis Presión alta Anemia Problemas respiratorios  
 Enfermedad del Corazón Problemas Digestivos HIV/AIDS+ Enfermedades Venéreas  
 Otras (Especifique) \_\_\_\_\_  
 Cirugías: \_\_\_\_\_  
 Trauma: (accidente de auto, lastimaduras deportivas, etc.): \_\_\_\_\_  
 Alergias: (medicamentos, comida) \_\_\_\_\_  
 Historia medica Familiar: (Especifique que miembro de la familia) Cáncer Diabetes Hepatitis  
 Presión alta Enfermedad del Corazón ataque cardiaco Asma Alcoholismo aborto Otro  
 (especifique): \_\_\_\_\_  
 Medicinas \_\_\_\_\_ (incluyendo Vitaminas , OTC hierbas)

### Dieta & Hábitos

Fuma? \_\_Si \_\_No Que \_\_\_\_\_ Cuantos por dia? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_  
 Toma Café (otras bebidas cafeinadas)? \_\_Si \_\_No Cuantas por dia? \_\_\_\_\_  
 Toma alcohol? \_\_Si \_\_No Que? \_\_\_\_\_ numero promedio de bebidas a la semana? \_\_\_\_\_  
 Ejercicio: \_\_Nada \_\_Moderado \_\_Demasiado? Cuanta agua bebe al dia? \_\_\_\_\_  
 A que hora va a la cama? \_\_\_\_\_ Cuantas horas duerme generalmente? \_\_\_\_\_  
 Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Hace un año \_\_\_\_\_ Peso máximo alcánzalo \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_  
 Vegetariana/o? \_\_Si \_\_No Come comida muy condimentada? \_\_Si \_\_No Información adicional  
 (e.g. dieta) \_\_\_\_\_



Por favor marque si en los últimos tres meses a sufrido de las siguientes condiciones.

### General

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poco apetito         | <input type="checkbox"/> Fatiga          | <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente  | <input type="checkbox"/> Antojos               |
| <input type="checkbox"/> Poco sueño           | <input type="checkbox"/> Fiebres         | <input type="checkbox"/> Perdida de energía    | <input type="checkbox"/> Aumento de peso       |
| <input type="checkbox"/> Mal balance          | <input type="checkbox"/> Escalofríos     | <input type="checkbox"/> Muy sediento          | <input type="checkbox"/> Disminución de peso   |
| <input type="checkbox"/> Dolor                | <input type="checkbox"/> Sudor nocturno  | <input type="checkbox"/> Sabor raro en la boca | <input type="checkbox"/> Desea comida caliente |
| <input type="checkbox"/> Debilidad localizada | <input type="checkbox"/> Suda fácilmente | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito     | <input type="checkbox"/> Desea comida fría     |

### Piel & cabello

- |                                    |   |  |                                      |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Ulceraciones       | <input type="checkbox"/> Urticaria                                 | <input type="checkbox"/> Comezón     |
| <input type="checkbox"/> Eczema    | <input type="checkbox"/> Acne               | <input type="checkbox"/> Caspa                                     | <input type="checkbox"/> Piel reseca |
| <input type="checkbox"/> Lunares   | <input type="checkbox"/> Perdida de cabello | <input type="checkbox"/> Cambio en la textura de la piel o cabello |                                      |

### Musculosequeletico

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión articular     | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular      | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera         | <input type="checkbox"/> Mano/pie Hinchados     |
| <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Hormigueo               | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla        | <input type="checkbox"/> Manos/pies fríos       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al camina | <input type="checkbox"/> Parálisis               | <input type="checkbox"/> Dolor/debilidad tobillo | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda       |
| <input type="checkbox"/> Temblor manos        | <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor mano muñeca       | <input type="checkbox"/> Curvatura en la espina |

### Cabeza, ojos, oídos, nariz, y garganta

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos                | <input type="checkbox"/> Concusiones           | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Migrañas      |
| <input type="checkbox"/> Cansancio en los ojos | <input type="checkbox"/> Ardor/comezón en ojos | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna  | <input type="checkbox"/> Mala vista    |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis             | <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz     | <input type="checkbox"/> Dolor garganta    |  |
| <input type="checkbox"/> Muele los dientes     | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar  | <input type="checkbox"/> Dolor en la cara  | <input type="checkbox"/> Dolor de oído |

### Cardiovascular & Respiratorio

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presión alta     | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho       | <input type="checkbox"/> Palpitaciones          | <input type="checkbox"/> Desmayos   |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Latido rápido Corazón | <input type="checkbox"/> Venas varicosas        | <input type="checkbox"/> Tos reseca |
| <input type="checkbox"/> Tos productiva   | <input type="checkbox"/> Tos con sangrado      | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar |                                     |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis       | <input type="checkbox"/> Neumonía              |   |                                     |

### Neurológico & Psicológico

- |  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perdida del balance | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Mala Coordinación | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad            | <input type="checkbox"/> Stress             | <input type="checkbox"/> Mal humor         | <input type="checkbox"/> Bipolar   |

### Gastrointestinal

- |                                    |   |   |                                      |
|------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nausea    | <input type="checkbox"/> Vomito               | <input type="checkbox"/> Eructos                            | <input type="checkbox"/> Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> Gas       | <input type="checkbox"/> Indigestión          | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal/calambre           | <input type="checkbox"/> Diarrea     |
| <input type="checkbox"/> Diarrea   | <input type="checkbox"/> Constipación         |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Parásitos | <input type="checkbox"/> Uso Crónico laxativo | <input type="checkbox"/> Cuantas veces usa el baño #2 _____ |                                      |

### Genito-urinario

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orina Frecuente       | <input type="checkbox"/> Orina dolorosa         | <input type="checkbox"/> Orina urgente                             | <input type="checkbox"/> Incontinencia   |
| <input type="checkbox"/> Goteo de orina        | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina     | <input type="checkbox"/> Dolor Genital                             | <input type="checkbox"/> Comezón Genital |
| <input type="checkbox"/> Descarga Genital      | <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes del Traco Urinario |  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones pélvicas  | <input type="checkbox"/> Quistes ováricos       | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes de la vagina       |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas prostáticos | <input type="checkbox"/> Impotencia             | <input type="checkbox"/> Libido muy bajo o muy alto                |  |



### Menstruacion e historia de partos

Periodos irregulares     dolor menstrual     Dolor de los pechos     Masas de pecho  
 Endometriosis     Fibromas     Bochorno     Menopausia  
 coágulos en el sangrado menstrual     cambios de animo durante la menstruación  
 Edad a la primera menstruación: \_\_\_\_\_ Duración de la menstruación: \_\_\_\_\_ días, Duración del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ días  
 Usa anticonceptivos?  Si  No    Que tipo y por cuanto tiempo?  
 Numero de embarazos: \_\_\_\_\_    Numero de hijos: \_\_\_\_\_  
 Abortos natural: \_\_\_\_\_    Prematuros: \_\_\_\_\_  
 Cesares: \_\_\_\_\_    Dificultades en el parto: \_\_\_\_\_

Evalúe cada uno de los siguientes síntomas en función de su perfil de salud típico según la duración especificada:

Mes pasado     Semana pasada     Últimas 48 horas

**Escala de niveles:** 0 — *Nunca o casi nunca* tengo el síntoma    1 — *En algunas ocasiones* lo tengo, el efecto *no es grave*    2 — *En algunas ocasiones* lo tengo, el efecto *es grave*  
3 — *Lo tengo con frecuencia*, el efecto *no es grave*    4 — *Lo tengo con frecuencia*, el efecto *es grave*

### I. Cuestionario médico de síntomas (Medical Symptoms Questionnaire, MSQ)

| CABEZA  | CORAZÓN   | EMOCIONES   | ENERGÍA / ACTIVIDAD   |
|---|---|---|---|
| Dolores de cabeza _____<br>Desmayo _____<br>Mareo _____<br>Insomnio _____<br><b>TOTAL</b> _____   | Dolor en el pecho _____<br>Latidos del corazón irregulares o saltados _____<br>Latidos del corazón rápidos o fuertes _____<br><b>TOTAL</b> _____  | Cambios de humor _____<br>Ansiedad, miedo, nerviosismo _____<br>Ira, irritabilidad, agresividad _____<br>Depresión _____<br><b>TOTAL</b> _____  | Fatiga, pereza _____<br>Apatía, letargo _____<br>Hiperactividad _____<br>Inquietud _____<br><b>TOTAL</b> _____  |
| OJOS  | PIEL  | PULMONES  | OTROS   |
| Ojos llorosos o con picazón _____<br>Párpados hinchados, enrojecidos o pegajosos _____<br>Bolsas u ojeras oscuras bajo los ojos _____<br>Visión borrosa o tubular _____<br><b>TOTAL</b> _____   | Acné _____<br>Urticaria, erupciones, piel seca _____<br>Caída del cabello _____<br>Enrojecimiento, sofocos _____<br>Sudor excesivo _____<br><b>TOTAL</b> _____  | Congestión de pecho _____<br>Asma, bronquitis _____<br>Falta de aire _____<br>Dificultad para respirar _____<br><b>TOTAL</b> _____  | Enfermedades frecuentes _____<br>Micción urgente o frecuente _____<br>Picazón o secreción genital _____<br><b>TOTAL</b> _____   |
| MEMORIA   | BOCA/ GARGANTA  | TRACTO DIGESTIVO  | ARTICULACIONES/ MÚSCULOS  |
| Mala memoria _____<br>Confusión, mala comprensión _____<br>Dificultad en la toma de decisiones _____<br>Tartamudeo o balbuceo _____<br>Dificultad para hablar _____<br>Problemas de aprendizaje _____<br>Concentración deficiente _____<br>Coordinación física deficiente _____<br><b>TOTAL</b> _____ | Tos crónica _____<br>Arcadas, necesidad frecuente de aclararse la garganta _____<br>Dolor de garganta, ronquera, pérdida de la voz _____<br>Lengua, encías o labios hinchados o descoloridos _____<br>Aftas _____<br><b>TOTAL</b> _____ | Náuseas, vómitos _____<br>Diarrea _____<br>Constipación _____<br>Sensación de distensión _____<br>Flatulencias, paso de gas _____<br>Acidez _____<br>Dolor intestinal/estomacal _____<br><b>TOTAL</b> _____                                 | Dolor o molestias en las articulaciones _____<br>Artritis _____<br>Rigidez o limitación del movimiento _____<br>Sensación de debilidad o cansancio _____<br>Dolor o molestias en los músculos _____<br><b>TOTAL</b> _____ |
| OREJAS  | NARIZ   | PESO  | TOTAL GENERAL   |
| Picazón en las orejas _____<br>Dolor de oído, infección en el oído _____<br>Secreción del oído _____<br>Zumbido en los oídos, pérdida de la audición _____<br><b>TOTAL</b> _____  | Congestión nasal _____<br>Problemas de sinusitis _____<br>Fiebre del heno _____<br>Ataques de estornudos _____<br>Formación excesiva de mucosidad _____<br><b>TOTAL</b> _____   | Consumo de comidas/bebidas de forma compulsiva _____<br>Antojos de ciertos alimentos _____<br>Exceso de peso _____<br>Retención de líquidos _____<br>Peso inferior al normal _____<br>Comer de forma compulsiva _____<br><b>TOTAL</b> _____ | <b>TOTAL</b> _____  |

IRVING HQ: 9901 Valley Ranch Pkwy E #1000 · Irving, TX 75063

MESQUITE: 18601 LBJ #501 · Mesquite, TX 75150 PLANO: 4090 Mapleshade Ln. · Plano, TX 75093

972.444.0660 · www.aimc-dfw.com



## Centro de acupuntura consentimiento informado para tratar y cobro de pago

Por la presente solicito y constate la realización de tratamientos de acupuntura y los otros procedimientos dentro de la práctica de acupuntura en mí (o en el paciente nombrado abajo, por quien soy legalmente responsable) por el acupunturista que ahora o en el futuro Me tratan mientras trabajan o se asocian con o sirven como respaldo para el acupunturista, incluyendo aquellos que trabajan en la clínica o en la oficina antes mencionada o en cualquier otro consultorio o clínica.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a acupuntura, moxibustión, cupping, estimulación eléctrica, Tui Na (masaje chino), medicina herbaria china y asesoramiento nutricional. Entiendo que las hierbas pueden necesitar ser preparadas y los téis consumidos según las instrucciones proporcionadas oralmente y en la escritura. Las hierbas pueden tener un olor o sabor desagradable. Notificaré inmediatamente a un miembro del personal clínico de cualquier efecto imprevisto o desagradable asociado con el consumo de las hierbas.

Me han informado de que la acupuntura es un método generalmente seguro de tratamiento, pero que puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo moretones, entumecimiento u hormigueo cerca de los sitios de aguja que pueden durar unos días, y mareos o desmayos. Las quemaduras y / o cicatrices son un riesgo potencial de moxibustión y ventosas, o cuando el tratamiento implica el uso de lámpara de calor. Los moretones son un efecto secundario común de la cupping. Los riesgos inusuales de la acupuntura incluyen aborto involuntario espontáneo, daño nervioso o perforación de órganos, incluyendo perforación pulmonar (neumotórax). La infección es otro posible riesgo, aunque la clínica utiliza agujas desechables estériles y mantiene un ambiente limpio y seguro.

Entiendo que si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios y riesgos. Las hierbas y los suplementos nutricionales (que provienen de fuentes vegetales, animales y minerales) que se han recomendado tradicionalmente se consideran seguros en la práctica de la medicina china, aunque algunos pueden ser tóxicos a dosis alta. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son náuseas, gases, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, erupciones cutáneas, urticaria y hormigueo de la lengua. Yo notificaré a un miembro del personal clínico que está cuidando de mí si estoy embarazada o si quedo embarazada.

Aunque no espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, deseo confiar en el personal clínico para ejercer el juicio durante el curso del tratamiento que el personal clínico piensa en ese momento, basado en upton Los hechos entonces conocidos, es en mi mejor interés. Entiendo que los resultados no son garantizados.

Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar los registros de mi paciente y los informes de laboratorio, pero todos mis

registros serán confidenciales y no serán divulgados sin mi consentimiento por escrito.

Al firmar voluntariamente a continuación, muestro que he leído el consentimiento anterior al tratamiento, he sido informado sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de esta forma conset para cubrir todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura (s) para la que busco tratamiento.

Inicial \_\_\_\_\_

Solicitamos el pago en el momento de los servicios prestados. Se requerirán pagos para visitas futuras que tengan saldos no pagados previos. Si suspende el cuidado o se libera del servicio adicional en la oficina, todos los saldos pendientes se deben. Nuestra oficina sólo acepta cash e y todas las principales tarjetas de crédito.

Inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que cualquier facturación de mi compañía de seguros es una cortesía proporcionada por mi doctor y que soy responsable en última instancia del 100% de mi factura. Si no pago en su totalidad, seré responsable de los costos de cobranza. Cancelación realizada con menos de 24 horas de antelación se cobrará un \$ 25 por la primera ocurrencia, y el costo total de la visita por ocurrencias adicionales.

Inicial \_\_\_\_\_

Aunque no podemos garantizar ningún reembolso de su compañía de seguros médico principal, nos complace responder a cualquier pregunta relacionada con el proceso de facturación. Como una cortesía a usted, le facturaremos a su compañía de seguros. Proporcione una copia de su tarjeta de seguro siempre que su plan se renueve o cambie. Si su plan requiere precertificación es su responsabilidad informarnos en escritura cuando sea necesario. No es nuestra responsabilidad para los requisitos de precertificación de información de seguro que faltan. Si su plan cambia debido a COBRA u otros cambios de política, es su responsabilidad de informarnos en escrito de estos cambios. Su eimburstment puede ser afectado debido a estos itmes finalmente es su responsabilidad.

Inicial \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, entiendo todas estas pólizas y estoy de acuerdo en pagar por los tratamientos en consecuencia, y también estoy de acuerdo en que soy responsable de los saldos no pagados. Además, entiendo que esta carta reemplaza cualquier teléfono previoys u otra comunicación verbal sobre las políticas de la oficina y los honorarios. Entiendo que AIMC puede reportarme a una agencia de informes de crédito o emprender acciones legales como necesarias para pagar por los servicios prestados.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**IRVING HQ:** 9901 Valley Ranch Pkwy E #1000 · Irving, TX 75063

**MESQUITE:** 18601 LBJ #501 · Mesquite, TX 75150 **PLANO:** 4090 Mapleshade Ln. · Plano, TX 75093

**972.444.0660 · www.aimc-dfw.com**