



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



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 _____