



**AIMC**

ACUPUNCTURE &  
INTEGRATIVE  
MEDICAL CENTER

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono De Casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

En emergencia notifique \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Ha sido tratada/ o con acupuntura anteriormente?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Condición de el/la paciente

Razón por su visita? \_\_\_\_\_

Cuando empezó el problema? \_\_\_\_\_

Ha sido diagnosticada/ o por esta condición? Si \_\_\_ No \_\_\_ Por quién? \_\_\_\_\_

Que tanto interfiere este problema en su vida diaria (trabajo, sueños. Etc.)?  
\_\_\_\_\_

Qué 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 diagnostica/o)

Enfermedades: Cáncer Diabetes Hepatitis Tiroides Convulsiones Fibromialgia Artritis Tuberculosis  
Presión Alta Anemia Problemas Respiratorios HIV/ AIDS+ Enfermedad del Corazón Problemas  
Digestivos Enfermedades Venéreas Derrame Aborto Problemas digestivos Depresión Asma Ulceras  
Neumonía Glaucoma

Otra(especifique) \_\_\_\_\_

**IRVING HQ:** 1320 W Walnut Hill Ln. Irving, TX 75038  
**MESQUITE:** 18601 LBJ #501 . Mesquite, TX 75150

**972.444.0660 . www.aimc-dfw.com**



**AIMC**

ACUPUNCTURE &  
INTEGRATIVE  
MEDICAL CENTER

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Cirugías \_\_\_\_\_

Trauma (accidente de auto, lastimaduras deportivas, etc.) \_\_\_\_\_

Alergias (medicamento o comidas) \_\_\_\_\_

Medicinas/ suplementos que está tomando y para cuales condiciones?

### Historia Medica Familiar (Diabetes, alta presión, derrame, etc.)

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Hermanas/o \_\_\_\_\_

### Dieta y Hábitos

Fuma/ fumaba Si No Cigarros \_\_\_ Puros \_\_\_ Pipa \_\_\_ Vaping \_\_\_

# de anos que ha fumado/ fumo \_\_\_ Cuantos Fuma al día \_\_\_ Ano que dejo de fumar \_\_\_

Toma alcohol Si No Cuantas y cuales a la semana \_\_\_\_\_

Usa drogas Si No Toma Café/ Soda/ Bebidas Energéticas Si No Cuantas al día? \_\_\_

Hace Ejercicio Si No Que tipo? \_\_\_\_\_

Cuantas horas duerme? \_\_\_ A qué hora se duerme? \_\_\_ A que hora despierta? \_\_\_

Esta estresado? (Del 1 casi nada – 10 muy estresado/a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por qué? \_\_\_\_\_

Describe su dieta diaria (ejemplo/ que comió ayer?)

Desayuno \_\_\_\_\_

Almuerzo \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

Antojos? \_\_\_\_\_

Cuánta agua bebe al día? \_\_\_\_\_

**IRVING HQ: 1320 W Walnut Hill Ln. Irving, TX 75038**

**MESQUITE: 18601 LBJ #501 . Mesquite, TX 75150**

**972.444.0660 . [www.aimc-dfw.com](http://www.aimc-dfw.com)**



# AIMC

ACUPUNCTURE &  
INTEGRATIVE  
MEDICAL CENTER

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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 y Cabello

- |                                    |   |  |                                      |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Ulceraciones       | <input type="checkbox"/> Urticaria                                 | <input type="checkbox"/> Comezón     |
| <input type="checkbox"/> Eczema    | <input type="checkbox"/> Acné               | <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 |                                      |

### Musculo Esqueletico

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesion 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 frios      |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al caminar | <input type="checkbox"/> Paralisis               | <input type="checkbox"/> Dolor/ debilidad tobillo | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda       |
| <input type="checkbox"/> Temblor en las 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"/> Dolorez de cabeza | <input type="checkbox"/> Migranas         |
| <input type="checkbox"/> Cansancio en los ojos | <input type="checkbox"/> Ardor/c omenzon 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 de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor en la cara |
| <input type="checkbox"/> Muele los dientes     | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar    | <input type="checkbox"/> Dolor de oído     |   |

### Cardio vascular Y Respiratorio

- |   |   |   |                                     |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presion alta     | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho          | <input type="checkbox"/> Palpitaciones          | <input type="checkbox"/> Desmayos   |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Latido rapido de Corazon | <input type="checkbox"/> Venas varicosas        | <input type="checkbox"/> Tos reseca |
| <input type="checkbox"/> Tos productive   | <input type="checkbox"/> Tos con sangrado         | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía         |   |   |                                     |

### Nerologico Y Psicologico

- |   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perdida de balance | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Mala coordinacion | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad           | <input type="checkbox"/> Stress             | <input type="checkbox"/> Mal humor         | <input type="checkbox"/> Diarrea   |

### 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"/> Indigestion             | <input type="checkbox"/> Diarrea                   | <input type="checkbox"/> Constipacion |
| <input type="checkbox"/> Parasitos | <input type="checkbox"/> Uso cronico de laxative | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal/ calambre |                                       |

Cuantas vece usa el bano #2 \_\_\_

### Genito-urinario

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orina frecuente       | <input type="checkbox"/> Orina dolorosa         | <input type="checkbox"/> Orina urgente                             | <input type="checkbox"/> Incontienencia   |
| <input type="checkbox"/> Goteo de orian        | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina     | <input type="checkbox"/> Dolor genital                             | <input type="checkbox"/> Comenzon genital |
| <input type="checkbox"/> Descarga genital      | <input type="checkbox"/> Piedras en los rinones | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del traco urinario |   |
| <input type="checkbox"/> Infecciones pelvicas  | <input type="checkbox"/> Quistes ovaricos       | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de la vagina       |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas prostaticos |   | <input type="checkbox"/> Impotencia                                | <input type="checkbox"/> Libido alto/bajo |

IRVING HQ: 1320 W Walnut Hill Ln. Irving, TX 75038

MESQUITE: 18601 LBJ #501 . Mesquite, TX 75150

972.444.0660 . [www.aimc-dfw.com](http://www.aimc-dfw.com)



# AIMC

ACUPUNCTURE &  
INTEGRATIVE  
MEDICAL CENTER

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### Ginecología (MUJERES)

Menstruación Irregulares \_\_\_\_ Dolor Menstrual \_\_\_\_ Dolor de Pechos \_\_\_\_ Massa de Pecho \_\_\_\_

Endometriosis \_\_\_\_ Fibromas \_\_\_\_ Bochorno \_\_\_\_ Coágulos en el sangrado menstrual \_\_\_\_

Cambios de Animo Durante Menstruación \_\_\_\_ Edad de Primera Menstruación \_\_\_\_ Duración de su ciclo \_\_\_\_

Usa Anticonceptivos? Si No Que tipo y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Numero de Embarazos? \_\_\_\_ Numero de Hijos? \_\_\_\_ Abortos naturales? \_\_\_\_ Prematuros? \_\_\_\_

Cesares? \_\_\_\_ Dificultades en el parto? \_\_\_\_\_

### Urologia (HOMBRES)

Fecha de su ultimo examen de la próstata? \_\_\_\_\_ Resultados? \_\_\_\_\_

Pobre flujo de Orina \_\_\_\_ Eyaculación Prematura \_\_\_\_

**Índice de Dolor:** Por favor circule el numero que mejor describa su nivel de dolor y como afecta estas 6 categorías de actividades. (Ejemplo 0= puede hacer la actividad sin dolor/ 10= no puede completar la actividad debido al dolor).

1. **Familia/ Responsabilidades** en casa como manejar a los niños a la escuela, cortar el pasto, que haces de la casa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. **Recreación** incluyendo pasa tiempos, deportes, u otras actividades recreacionales  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

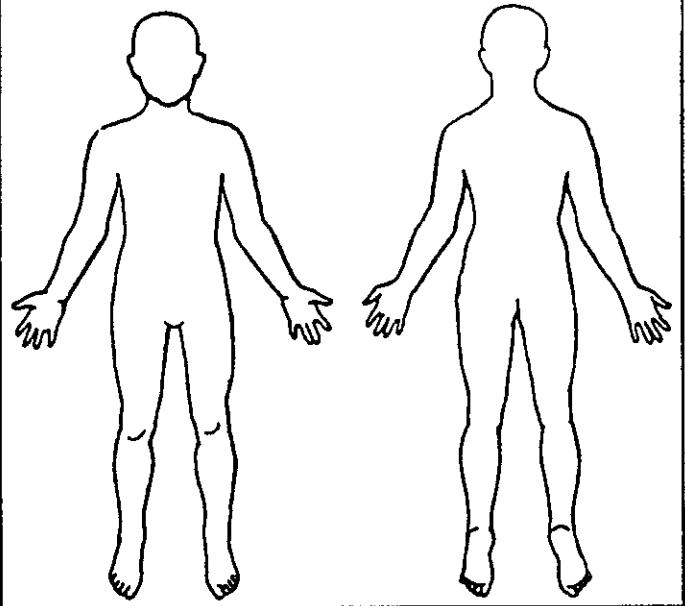
3. **Actividades sociales** incluyendo fiestas, conciertos, salir a comer, ir a las películas, y otras funciones sociales  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. **Trabajo** incluyendo trabajo voluntario  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. **Cuidado personal** como bañarse, manejarse, y cambiarse  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. **Actividades vitales** como comer y dormir  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**MARCA UNA X EN LAS HARIAS QUE TENGA DOLOR**



DE ENFRENTE

DE ESPALDA

IRVING HQ: 1320 W Walnut Hill Ln. Irving, TX 75038

MESQUITE: 18601 LBJ #501 . Mesquite, TX 75150

972.444.0660 . [www.aimc-dfw.com](http://www.aimc-dfw.com)

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

<b>CABEZA</b> Dolores de cabeza ___ Desmayo ___ Mareo ___ Insomnio ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>CORAZON</b> Dolor en el Pecho ___ Latidos irregulares o saltados ___ Latidos rapidos o uertes ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>Emociones</b> Cambios de humor ___ Ansiedad, miedo, Nerviosismo ___ Ira, Irritabilidad, Agresividad ___ Depresion ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>Energia/ Actividad</b> Fatiga, pereza ___ Apatia, letargo ___ Hiperactividad ___ Inquietud ___ <b>TOTAL</b> ___
<b>OJOS</b> Llorosos o con picazon ___ Parpados hinchados, Enrojecidos o Pegajosos ___ Bolsas/ ojeras oscuras ___ Vision borrosa o Tubular ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>PIEL</b> Acne ___ Urticaria, erupciones, piel seca ___ Caida del cabello ___ Enrojecimiento, Sofocos ___ Sudor Excesivo ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>PULMONES</b> Congestion de Pecho ___ Asma, bronquitis ___ Falta de aire ___ Dificultad para Respirar ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>OTROS</b> Enfermedades frecuentes ___ Miccion urgente o Frecuente ___ Picazon o secrecion Genital ___ <b>TOTAL</b> ___
<b>Memoria</b> Mala memoria ___ Confusion, mala comprension ___ Dificultad en tomar deciones ___ Tartamudeo o balbuceo ___ Dificultad para hablar ___ Problemas de aprendizaje ___ Concentracion deficiente ___ Coordinacion fisica deficiente ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>Boca/ Garganta</b> Tos cronica ___ Arcadas, necesidad Frecuente de aclararse la garganta ___ Dolor de garganta, ronquera, perdida de voz ___ Lengua, encia/ labios hinchados/ descoloridos ___ Aftas ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>Tracto Digestivo</b> Nauseas, vomitos ___ Diarrea ___ Constipacion ___ Sensacion de distension ___ Flatulencias, paso de gas ___ Acidez ___ Dolor intestinal/ Estomacal ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>Articulaciones/ Musculos</b> Dolor o molestias en las articulations ___ Artritis ___ Rigidez o limitacion del moviemento ___ Sensacion de debilidad o cansancio ___ Dolor o molestias en los Musculos ___ <b>TOTAL</b> ___
<b>OREJAS</b> Picazon en las orejas ___ Dolor de oido, infeccion ___ Secrecion del oido ___ Zumbido en los oidos ___ Perdida de la audicion ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>NARIZ</b> Congestion nasal ___ Problemas de sinusitis ___ Fiebre del heno ___ Ataques de estornudos ___ Formacion excesiva de mucosidad ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>PESO</b> Consumo de comidas/ bebidas de forma compulsiva ___ Antojos de ciertos alimentos ___ Exceso de peso ___ Retencion de liquidos ___ Peso menos de su normal ___ <b>TOTAL</b> ___	<b>TOTAL GENERAL</b> <b>TOTAL</b> ___

IRVING HQ: 1320 W Walnut Hill Ln. Irving, TX 75038

MESQUITE: 18601 LBJ #501 . Mesquite, TX 75150

972.444.0660 . [www.aimc-dfw.com](http://www.aimc-dfw.com)



**AIMC**

ACUPUNCTURE &  
INTEGRATIVE  
MEDICAL CENTER

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Por la presente solicito y constata 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 tés 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 upto 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 cashe 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: 1320 W Walnut Hill Ln. · Irving, TX 75038

MESQUITE: 18601 LBJ #501 · Mesquite, TX 75150

972.444.0660 · www.aimc-dfw.com