



1. Fecha de hoy:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género al nacer: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Masculino Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto./Unidad #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

2. Contacto de emergencia

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene seguro médico?

Sí  No

4. Detalles del seguro

Compañía de seguro primaria \_\_\_\_\_ Número de miembro / póliza \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Número de teléfono de atención al cliente de su seguro \_\_\_\_\_

Relación del cliente con el asegurado \_\_\_\_\_

Nombre completo del garante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del garante \_\_\_\_\_

Número de teléfono del garante \_\_\_\_\_

Dirección completa del garante \_\_\_\_\_

6. Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

7. Otros profesionales de salud que le atienden:

Nombre	Especialidad	Teléfono
1		
2		
3		

Queja principal:

8. Motivo de su visita:

---

---

---

9. ¿Cómo le afecta este problema? ¿Qué importancia tiene para usted mejorar y por qué?

---

---

---

10. Enumere todos los tratamientos previos para resolver este problema (incluyendo cualquier medicamento):

---

---

11. Alergias (a medicamentos, alimentos, cualquier otra cosa)

---

---

Historial médico:

12. Marque todas las opciones que correspondan e incluya la medicación:

SIDA/VIH	Diabetes mellitus	Herpes (oral, genital)
-----	-----	-----
Tuberculosis	Cáncer	Hepatitis (tipo)
-----	-----	-----
Trastorno de la tiroides (tipo)	Ataque	Convulsión
-----	-----	-----

13. Enumere cualquier cirugía previa o cualquier trauma con fecha:

---

---

14. Medicación/suplementos actuales:

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Motivo de uso
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial médica familiar:

15. Enumere las principales afecciones médicas:

	Condición médica
Padre	_____
Madre	_____
Hermanos	_____

Estilo de vida:

16. ¿Fumas/fumaste?

- No  Sí

17. ¿Qué tipo? Explique por cuánto tiempo y, si corresponde, el año en que dejó de fumar.

- Vapeo  Cigarrillos  Cigarros

18. ¿Bebes/bebiste alcohol?

- No  Sí

19. ¿Qué tipo de alcohol y la cantidad?

- Espiritu  Cerveza  Vino  Otro \_\_\_\_\_

20. ¿Consumes o consumistes drogas recreativas? Si es así, ¿de qué tipo y la cantidad?

- No  Sí \_\_\_\_\_

21. ¿Usted consume alguno de los siguientes productos regularmente? Si es así, explique la cantidad.

Bebidas energéticas

Café

Refresco / Refresco de ético

-----

-----

-----

22. ¿Qué tan estresado/a estás? Ningun estrés Bajo Medio Alto Extremo  
Nivel de estrés

23. Explique el motivo.

---

24. ¿Hace ejercicio? Si es así, ¿qué tipo de ejercicio hace y con qué frecuencia?

No  Sí

---

25. Describa su dieta habitual: Describa los tipos de alimentos que consume: Describa lo que bebe

Desayuno

---

Almuerzo

---

Cena

---

26. ¿Cuánta agua consumes en un día?

---

27. Alergias alimentarias:

---

28. Antojos de comida:

---

29. ¿Tiene dificultades para dormir?

# horas de sueño:  No  Sí  
Hora de dormir Despertar:

---

### Bienestar de la mujer y ginecología:

30. Fecha de la última prueba de Papanicolaou:

Resultados

---

Duración del ciclo: Fecha del último período menstrual: Periodos:  Regulares  Irregulares

---

Método anticonceptivo: Edad de la menopausia: ¿Tiene/tuvo coágulos con el flujo menstrual?  
 No  Sí

---

# de embarazos: Número de nacidos vivos: ¿Tienes/Tuviste quistes ováricos?  
 No  Sí

---

¿Tienes/Tenías endometriosis?  No  Sí ¿Tienes/Tuviste sofocos?  
 No  Sí

31. ¿Tienes calambres menstruales?  No  Sí ¿Tienes/Tuviste fibromas uterinos?  
 No  Sí

En caso afirmativo, ubicación: \_\_\_\_\_

32. ¿Tiene usted síntomas del síndrome premenstrual?  Hinchazón  Dolor de cabeza

Antojos de comida  Sensibilidad en los senos  Cambios de humor  Dolor de espalda

# Bienestar masculino

33.Fecha del último examen de próstata:

Resultados:

Condiciones:

Eyaculación precoz

Impotencia

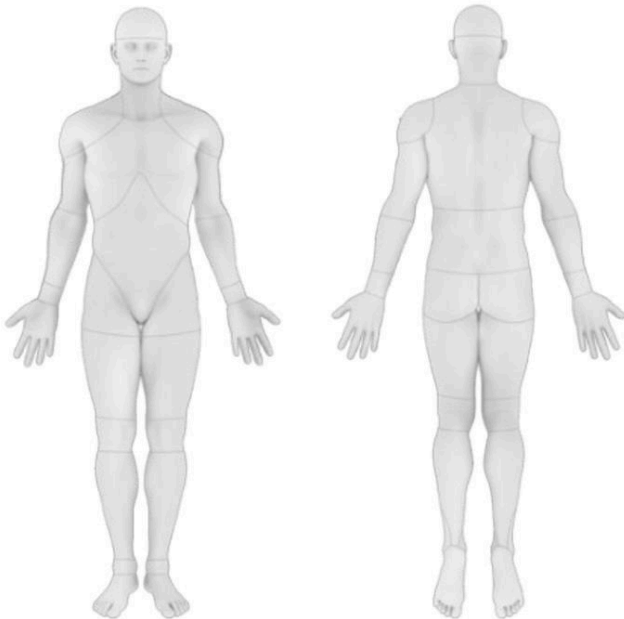
Disfunción eréctil

Cuestionario del índice de dolor general:

34. Elija la opción que mejor describa cómo su nivel de dolor afecta estas seis categorías:

	Ningun dolor	Leve	Moderado	Severo	Extremo
1. Responsabilidades familiares/en el hogar, como el trabajo en el jardín, hacer tareas del hogar o llevar a los niños a la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Recreación: incluyendo pasatiempos, deportes u otras actividades de ocio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Actividades sociales, incluyendo fiestas, teatro, conciertos, cenas, y asistir a otras funciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Empleo, incluidos trabajos voluntarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuidado personal: como bañarse, conducir o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Actividades de soporte vital, como comer y dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Marque las áreas que le duelen y explique:



---

---

---

---

---

---

---

---

# Síntomas

Califique cada uno de los siguientes síntomas según su perfil de salud típico durante el último mes:

0 N/A | 1 Leve | 2 Moderado | 3 Grave

General	0	1	2	3
Falta de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento del apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escalofríos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudor nocturno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cabeza	0	1	2	3
Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caspa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ojos	0	1	2	3
Ojos llorosos o con comezon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Párpados hinchados, rojos o pegajosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojeras de los ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visión borrosa o restringida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mala visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miopía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flotadores de ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oídos	0	1	2	3
Comezon en los oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores de oído, infecciones de oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supuración del oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zumbido en los oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nariz	0	1	2	3
Congestión nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas sinusales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre del heno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataques de destornudos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinusitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moco / Flema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Boca / Garganta	0	1	2	3
Tos crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arcadas, necesidad frecuente de aclararse la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lengua, encías y labios hinchados o descoloridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aftas bucales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlceras en la lengua o los labios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronquera / pérdida de la voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir algo atrapado en la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechinar los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piel	0	1	2	3
Acné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enrojecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mucho sudor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piel seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eczema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comezón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erupciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Corazón	0	1	2	3
Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latidos cardíacos irregulares o salteados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latidos cardíacos rápidos o fuertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta Presión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión baja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desmayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manos o pies hinchados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le salen moretones fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangra fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Respiratorio	0	1	2	3
Congestión en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma, bronquitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias respiratorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Digestión	0	1	2	3
Náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constipación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de hinchazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eructar, expulsar gases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidez de estómago / Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor intestinal/de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eructar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal aliento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le duele ir al baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecación con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heces negras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Urinario	0	1	2	3
Orina con frecuencia / urgentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orinar con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orinar mucho durante la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Peso	0	1	2	3
Antojos de ciertos alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención de agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajo peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come compulsivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neurológico	0	1	2	3
Convulsiones epilépticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trauma / Lesión en la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parálisis facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Energía / Actividad	0	1	2	3
Fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiperactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inquietud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lentitud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mente	0	1	2	3
Mala memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confusión, mala comprensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tartamudeo o balbuceo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habla arrastrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidades de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mala concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mala coordinación física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Articulaciones / Músculos	0	1	2	3
Dolor o molestias en los huesos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor o molestias en los músculos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidez / limitación del movimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatiga muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Emociones	0	1	2	3
Cambios de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad, miedo, nervios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enojo, irritabilidad, agresividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

¿Qué tan comprometido/a está con mejorarse? Explica por qué con objetivos y detalles

---



---



---



---

# Consentimiento para tratamiento y acuerdo 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 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 informados para tratar y cobro de pago 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 consensuar 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 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 reembolso puede ser afectado debido a estos ítems 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 previos 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.

-----  
FIRMA DEL PACIENTE

-----  
FECHA