



American Health Acupuncture LLC – Sanando tu Cuerpo, Mente y Espíritu
Formulario de Admisión de Medicina Oriental para Paciente Nuevo

Fecha _____

Nombre _____ Nacimiento _____ Sexo: M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____

¿A cual número puedo llamarte? Teléfono / Celular / Email

Ocupación _____ Altura _____ Peso _____

¿Tu doctor? _____

En emergencia llamar _____ Relación _____ Tel. _____

¿Quién nos recomendó? (Familia, Amigo, Internet.): _____

¿Has recibido Acupuncture/ Medicina Oriental? _____

1. ¿Qué quieres sanar? _____

2. ¿Cuándo empezó esta situación? ¿Qué síntomas sentiste? _____

3. Describe como han cambiado los síntomas hasta hoy _____

4. ¿Tienes un diagnóstico para este problema? ¿Las terapias que has recibido, te ayudaron?

5. ¿Tienes alergias a medicamentos? _____

6. ¿Qué medicinas has tomado en los últimos tres meses?

<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Por cuánto tiempo la tomas?</u>
-----------------	--------------	-------------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Otras enfermedades, del pasado o presente:

Año	enfermedad	Tratamiento/medicina	Resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cirugías:

Año	Enfermedad	Tratamiento/Medicina	Resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Accidente de auto, Trauma, Caídas:

Año	Enfermedad	Tratamiento/Medicina	Resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. ¿Tienes implantes o prótesis? _____ Describe: _____

9. ¿Tu familia ha padecido de estas condiciones?:

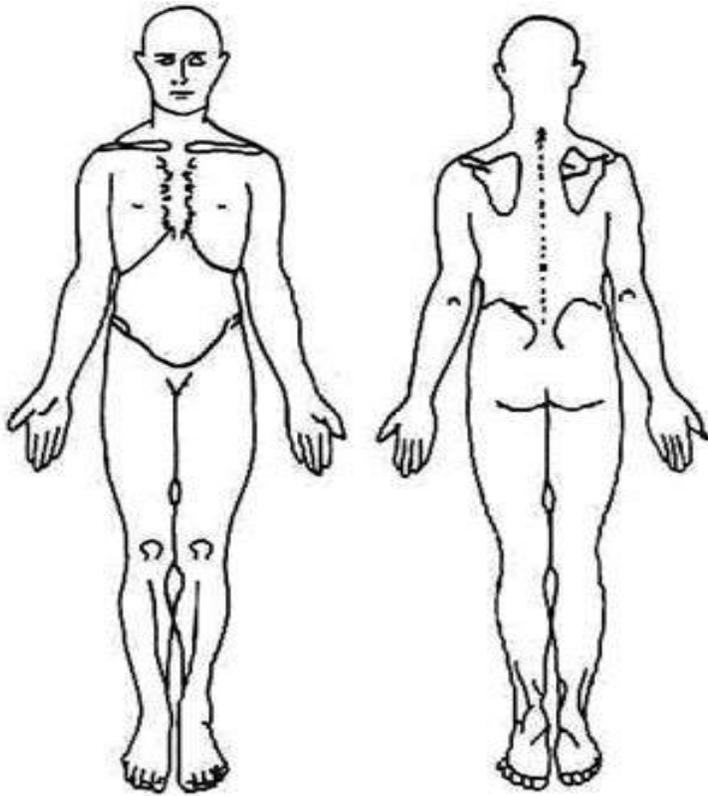
- Alergias Diabetes Dificultad Emocional Glaucoma Problemas del Corazón
 Derrame Cáncer Convulsiones Tuberculosis Problemas de Tiroides
 Hipertensión/Tensión Alta

10. Marca las condiciones/síntomas que tienes hoy o en el pasado:

	<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>		<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flema/Mocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad de respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Sudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias temporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudas demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarro crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>		<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>
Congestión Nasal o Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrando de nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión baja de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento _____		
Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólicos abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomitando sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Producto _____		
Estomago inflamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alternancia de diarrea y estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eructos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poca hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Defecaciones cada ___ día, ___ Número total de defecaciones al día		
Orinas frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orinas mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orinas en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo controlar mi orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido (impulsión sexual) es: Normal <input type="checkbox"/>	Bajo <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>			
La Orina es:					
Color Normal <input type="checkbox"/>	Nublado <input type="checkbox"/>	Difícil <input type="checkbox"/>	Escasa <input type="checkbox"/>	Urgente <input type="checkbox"/>	Doloroso <input type="checkbox"/>
Tiene Olor <input type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>	Amarillo <input type="checkbox"/>	Rojizo <input type="checkbox"/>	Quema <input type="checkbox"/>	
		Oscuro <input type="checkbox"/>			
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donde _____		
Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda (inferior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda (medio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda (superior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donde _____		
Dolor de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>		<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>
Uso anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio/tensión ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veo parches negros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sequedad ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los ojos se sienten hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón del Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión en el ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dificultades auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinitos/zumbido de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mi garganta duele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encías doloridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encías sangrantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal gusto en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lengua dolorida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento en la lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras bucales, ulceraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechino de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caspa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematomas en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acné de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el vello corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceraciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida repentina de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento repentino de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Usando alcohol/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos psicoactivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enojado/cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es SI, ¿cuáles? _____		
Estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de estrés 1 - 10: _____					
Fiebres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolors de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblor corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manos y pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quistes, tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edema, retención de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudadas nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Insomnio - Si es así, dificultad para dormirse/ permanecer dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mala memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Por favor, marque el diagrama
Con áreas de dolor o lesión.

Por favor, describa el tipo y
calidad del dolor:

- Agudo Quema
- Dolor Como presión
- Cólico
- Otros _____

¿Fumas? _____ ¿Cuánto por día? _____

¿Bebes alcohol? _____ ¿Cuánto por semana? _____

11. Nutrición

Por favor describe más o menos tu dieta diaria:

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Porcentaje de alimentos crudos _____ a los alimentos cocidos

¿Cuánta agua bebes al día? _____

¿Cuántos productos con cafeína (café, té, gaseosas) bebes por día?

¿Tiene antojos de comida? _____ Si es así, ¿qué? _____

¿Cuándo? _____ ¿Sabores preferidos?: _____ Amargo Picante Acido Salado Dulce

Aperitivos: _____

12. Ejercicio

¿Cuál es tu nivel de actividad diario relacionado con tu ocupación?

Sedentario (sentado) Algo activo Moderadamente activo

Muy activo (moviéndome alrededor, subiendo/bajando la mayoría del tiempo) Trabajo pesado (levantando, moviendo cosas)

Menstruación:

Edad de inicio _____ Último período menstrual (primer día) _____

Fecha del último examen de Papanicolaou ____/____/____ Resultado _____

En general, ¿Cuánto dura tu período? _____ días ¿Cuánto tiempo entre períodos? _____

Regularidad:

Regular Irregular En general temprano por ____ días En general tarde por ____ días Varía entre temprano o tarde

El flujo es: Normal Anormal Fuerte Ligero

El color es: Pálido Rosa Rojo claro Rojo Rojo oscuro Purpurino Marrón

La Consistencia: Ligero Espeso Coagulada

Malestar con el período

Distensión abdominal inferior Antes Durante Después de la menstruación

Dolor lumbar Antes Durante Después de la menstruación

Calambres Antes Durante Después de la menstruación

Otros _____

Síndrome premenstrual (PMS)

Irritabilidad Hinchazón Cambios de humor Sensibilidad mamaria

Otros _____

Secreción vaginal

No Sí Si es Sí, ¿qué color y cantidad?:

Menopausia

Edad de inicio _____ ¿Alguna dificultad/síntoma? _____

¿Sangrado uterino (no relacionado con los períodos)? **No** **Sí** Color _____ Cantidad _____

Viene de repente Todo el tiempo

16. Reconocimiento y firma del paciente

* Copias de nuestras pólizas están disponibles para descargar en línea en nuestro sitio web www.AHAtucson.com o ver una copia en nuestra área de recepción de oficina. O podemos imprimirle una copia a petición.

Al firmar su nombre en el espacio que se indica a continuación, afirma que ha leído y recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad, pagos, cancelación y políticas de reembolso de American Health acupuntura LLC y acepta sus términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Se requiere la firma. (O el representante del paciente)

(Si firma en nombre del paciente, indique la relación que tienen) _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA Tratamientos DE ACUPUNTURA

Por la presente solicito y doy consentimiento para la recibir tratamientos de acupuntura y otros procedimientos en el ámbito de la práctica de la acupuntura en mí (o en el paciente indicado más abajo, del cual soy legalmente responsable) por parte del acupunturista Juan R. Tejada.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, entre otros, acupuntura, moxibustión, ventosas, estimulación eléctrica, Tui-Na (masaje chino), medicina herbolaria china y asesoramiento nutricional y emocional. Entiendo que las hierbas deban ser tomadas/consumidas de acuerdo con las instrucciones proporcionadas oralmente y por escrito. Las hierbas pueden tener 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.

Se me ha informado que la acupuntura es un tratamiento generalmente seguro, pero que puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo moretones, insensibilidad u hormigueo cerca de los sitios de inserción de las agujas y que pueden durar algunos días, así como mareos o desmayos. Las quemaduras o cicatrices son un riesgo potencial de la moxibustión (terapia de calor) y las ventosas, o cuando el tratamiento implica el uso de lámparas de calor. Los moretones son un efecto secundario común de las ventosas. Los riesgos poco usuales de la acupuntura incluyen el aborto espontáneo, el daño nervioso y la punción de órganos, incluyendo la función 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 presentarse otros efectos secundarios y riesgos. Las hierbas y suplementos nutricionales (que son de fuentes vegetales, animales y minerales) que han sido recomendados tradicionalmente se consideran seguros en la práctica de la medicina china, aunque algunos pueden ser tóxicos en grandes dosis. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inadecuadas durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios del consumo de hierbas son náuseas, gases, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, erupciones cutáneas, urticaria y hormigueo en la lengua. Notificaré al personal clínico que me atiende si estoy o quedo embarazada.

Aunque no espero que el personal clínico pueda prever y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, quiero confiar en el personal clínico para que ejercite su criterio durante el curso del tratamiento que considere en el momento y con los hechos entonces conocidos, que sea lo mejor para mí. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar mis registros como paciente y los informes de laboratorio, pero todos mis archivos se mantendrán confidenciales y no serán divulgados sin mi consentimiento por escrito.

Firmo voluntariamente abajo, demuestro que he leído o me han leído el anterior consentimiento para el tratamiento, se me ha hablado acerca de los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Es mi objetivo que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamientos para mi afección actual y para cualquier afección futura para la cual solicite tratamiento.

IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE _____
(O el representante del paciente)

FECHA: _____
(Si firma en nombre del paciente, indique la relación que tienen) _____

Juan R. Tejada, L.Ac.
American Health Acupuncture LLC
7130 N Omar Dr. Tucson AZ 85741 Tel. 520-544-6603

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo para arbitrar: Se entiende que cualquier controversia sobre mala práctica médica, es decir si los servicios médicos prestados de conformidad con este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o se prestaron de modo indebido, negligente o incompetente, será determinada sometiéndose a arbitraje según lo dispuesto por las leyes estatales y federales y no mediante demanda o recurso al proceso en tribunales, excepto según lo disponen las leyes estatales y federales para la revisión judicial del procedimiento arbitral. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional a que cualquier demanda de esa índole sea decidida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje. Más aún, las partes no tendrán derecho a participar como miembros de ningún colectivo de demandantes, y no habrá ninguna autoridad para que ninguna disputa se decida sobre la base de una demanda colectiva. Un arbitraje sólo puede decidir una controversia entre las partes y no puede consolidar o unir las reclamaciones de otras personas que tengan reclamaciones similares.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deberán ser arbitradas: También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con la mala práctica médica, incluyendo las controversias acerca de si una controversia está sujeta a arbitraje, si este acuerdo es inadmisibles y cualquier disputa procesal, también se determinará sometiéndose a un arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes acerca de todas las reclamaciones, incluidas las que surjan de o se relacionen con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o los cónyuges del paciente pasados, presentes o futuros en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio conyugal. Este acuerdo también tiene por objeto vincular a los hijos que pudiera tener el paciente, ya sea nacido o por nacer, en el momento del acontecimiento que dé lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo tiene por objeto vincular al paciente y al proveedor de atención médica u otros prestadores de atención médica, preceptores o pasantes con licencia que, ahora o en el futuro, tratan al paciente mientras estén empleados por, trabajando o asociados con, o fungiendo como respaldo del proveedor de atención médica, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica, o cualquier otra clínica u oficina, sean o no signatarios de este formulario.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que superen el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores contra el proveedor de atención médica o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y sucesores del proveedor de atención médica, deben ser arbitradas, incluyendo, sin limitación, las reclamaciones por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, sufrimiento emocional, medidas cautelares o daños y perjuicios punitivos. Este acuerdo tiene por objeto crear una cuenta de libro abierto a menos que se revoque y hasta entonces.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicables: Las demandas de arbitraje deberán ser comunicadas por escrito a todas las partes. Cada una de las partes designará a un árbitro (árbitro de la parte) en un plazo de treinta días, y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes en el plazo de los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada una de las partes del arbitraje deberá pagar su porción proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje en que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro neutral, no incluyendo honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos en que incurra una parte para su propio beneficio. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad legal y daños y perjuicios, previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten en la intervención y la combinación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de lo contrario sería una parte adicional apropiada en un proceso ante los tribunales, y que, en tal intervención y combinación, cualquier proceso ante los tribunales existente contra tal persona o entidad adicional se suspenderá hasta el arbitraje. Las partes acuerdan que se aplicarán a las controversias de conformidad con este acuerdo de arbitraje las disposiciones de las leyes estatales y federales, donde proceda, que establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier cantidad a pagar como beneficio para el paciente en la medida máxima permitida por las leyes, que limiten el derecho a recuperar pérdidas no económicas y el derecho a que las sentencias sobre daños y perjuicios futuros se ajusten a pagos periódicos. Las partes convienen además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Estadounidense de Arbitraje regirán cualquier arbitraje llevado a cabo en virtud de este acuerdo de arbitraje.

Artículo 4: Disposición general: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un procedimiento. Una reclamación será anulada y excluida para siempre si (1) en la fecha en que se reciba el aviso de la misma, la reclamación, si se estableció en una demanda civil, estaría excluida por la ley de prescripciones aplicable, o (2) el reclamante no conduce la reclamación de arbitraje con razonable diligencia de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante aviso escrito entregado al proveedor de atención médica en un plazo de 30 días desde la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes. **Artículo 6:** Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), debe estampar sus iniciales aquí. _____ Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si se determinara que cualquier disposición de este acuerdo de arbitraje es inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la nulidad de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma al calce, acuso recibo de una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACUERDA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRÁCTICA MÉDICA SEA DECIDIDO POR UN ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

(O el representante del paciente)

(Si firma en nombre del paciente, indique la relación que tienen) _____

FIRMA DE LA OFICINA _____ FECHA: _____

Juan R. Tejada, L.Ac.
American Health Acupuncture LLC
7130 N Omar Dr. Tucson AZ 85741 Tel. 520-544-6603