



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. _____

Casado Soltero Divorciado Otro _____

¿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 implantes o prótesis? _____ Describe: _____

6. ¿Tienes alergias a medicamentos? _____

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

Medicina

Dosis

¿Por cuánto tiempo la tomas?

8. 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

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

¿Fumas? _____ ¿Cuánto por día? _____

¿Bebes alcohol? _____ ¿Cuánto por semana? _____

10. 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: _____

11. 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)

¿En qué tipo de actividades físicas (ejercicio, deportes) participas? ¿Nivel de intensidad? ¿Cuántas veces por semana? ¿Cuánto tiempo cada vez? _____ 5

12. Más sobre ti y tu estilo de vida:

Aficiones y hábitos recreativos _____

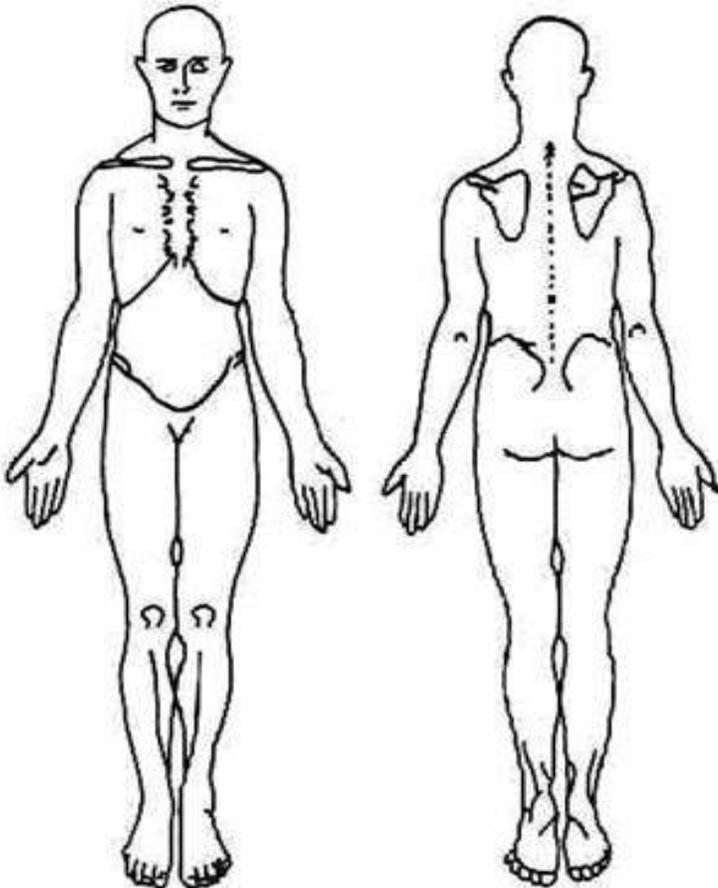
¿Viajaste al extranjero el año pasado? _____ Donde: _____

Salud emocional actual: _____ Calidad de vida actual: _____

Calidad de la relación actual: _____ Emoción predominante actual: _____

¿Cómo estas hoy? (Escala de 1 a 10) **Bien** **OK** **Mal**
10 _____ 5 _____ 1

¿Cuánto esfuerzo dedicarás a tu sanación?
(de 10 a 100% Esfuerzo) **0** _____ **5** _____ **10**



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 _____

13. Pacientes varones – por favor completa la siguiente sección y continúa al #16:

Por favor, marca las condiciones que tienes o has tenido:

	<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>		<u>Presente</u>	<u>Pasado</u>
Agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyacuación precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impotencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Pacientes femeninos – por favor completa esta sección:

¿Estás embarazada? **Si.** No. No estoy segura

Embarazo:

Por favor enumera los embarazos, Nota: Si término completo (TC), prematuro (P), aborto espontáneo (AS), y/o abortos (A). Ya sea vaginal (V) o de cesárea (C).

Incluye las dificultades que hayas tenido durante el embarazo y/o después del parto (por ejemplo, náusea en la mañana, edema, sangrado prolongado después del parto, diabetes gestacional, presión arterial alta, fiebre de posparto, etc.)

Año

Menstruación:

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

Fecha del último examen de Papanicolau ____/____/____ 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 Si Si es Si, ¿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

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

Presente Pasado

		Artritis
		Parálisis de Cara
		Concusión cerebral
		Calambres musculares
		Alta Presión de sangre*
		*Tratamiento _____
		Infarto cerebral
		Dificultad para orinar

Presente Pasado

		Fibromialgia
		Quistes, tumores
		Baja Presión de sangre
		Insomnio*
		*Si es así, dificultad para dormirse
		Pesadillas
		Debilidad muscular
		Temblor corporal
		Rechino de dientes
		Sensibilidad a la luz

Presente Pasado

		Infecciones de vejiga
		Orina doloridas
		Mi garganta duele
		Encías sangrantes
		Lengua dolorida
		Vomitando con sangre
		Sangrando de nariz
		Picazón de Ojo
		Dolor de ojos
		Dolor de oído
		Dolor de cara
		Dolor de cuello
		Dolor de rodilla
		Dolor rectal
		Dolor de Pecho
		Ataque de corazón
		Dolors de cabeza/migrañas
		Convulsiones
		Insomnio*
		*Si es así, dificultad de permanecer dormido
		Irritabilidad
		Fiebres
		Problemas Usando alcohol/drogas
		Dificultades emocionales
		Crisis psicológica
		Medicamentos psicoactivos*
		* Sí es SI, ¿cuáles? _____

Presente Pasado

		Enrojecimiento de los ojos
		Los ojos se sienten hinchados
		Infecciones del oído
		Infección nasal
		Úlceras bucales, ulceraciones
		Encías doloridas
		Reflujo
		Poca hambre
		Dolor muscular
		Dolor de espalda (inferior)
		Dolor de espalda (medio)
		Dolor de espalda (superior)
		Dolor de piernas
		Dolor de articulations*
		*Donde _____
		Mareos
		Hemorroides
		Sangre en las Feces
		Ardor al orinar
		Sangre en la orina
		Llagas genitales
		Enfermedades de transmisión sexual
		Ansiedad
		Depresión
		Enojado/cólera
		Estrés*
		* Nivel de estrés 1 - 10: _____
		Generalmente caliente
		Escalofríos
		Intolerancia al frío

Presente Pasado

	Anémico
	Presión en el ojo
	Lagrimas
	Desmayos
	Entumecimiento en la lengua
	Cólicos abdominales
	Vomito
	Diarrea
	Estreñimiento
	Uso de Laxantes
	Producto

	Alternancia de diarrea y estreñimiento
	Defecaciones cada ___ día,
	_____ Número total de defecaciones al día

Presente Pasado

	Mala memoria
	Uso anteojos
	Visión borrosa
	Visión doble
	Cataratas
	Glaucoma
	Sequedad ocular
	Cansancio/tensión ocular
	Veo parches negros
	Hepatitis
	Colesterol
	Cáncer
	Diabetes
	Mala circulación
	Venas varicosas
	Edema, retención de agua
	No Sudas
	Sudas demasiado
	Parasitos
	Indigestión
	Nausea
	Úlcera
	Flatulencia (Gas)
	Estomago inflamado
	Eructos
	Sequedad bucal
	Mal gusto en la boca
	Mal aliento
	Pérdida del sabor
	Entumecimiento*
	*Donde

Presente Pasado

	Intolerancia al calor
	Pérdida repentina de peso
	Aumento repentino de peso
	Orinas en la noche
	Cálculos renales
	Libido (impulsión sexual) es:
	Normal Bajo Alto

Presente Pasado

	Manos y pies fríos
	Generalmente frío
	Sudadas nocturna
	Orinas frecuentemente
	Orinas mucho
	No puedo controlar mi orine
	Trastornos de tiroides
	Dificultades auditivas
	Tinitos/zumbido de oídos
	Pérdida de equilibrio
	Cambios en el vello corporal

La Orina es:

Color

Normal

Nublado

Difícil

Escasa

Urgente

Doloroso

Tiene Olor

Claro

Amarillo Oscuro

Rojizo

Quema

Presente Pasado

		Angina
		Tos con sangre
		Neumonía
		Bronquitis
		Alergias temporales
		Picazón del Ojo
		Flema/Mocos
		Color de Flema _____
		Nasal o Sinus
		Palpitaciones
		Erupciones cutáneas
		Psoriasis
		Ulceraciones cutáneas

Presente Pasado

		Asma
		Catarro crónico
		Congestión
		Tos
		Dificultad de respirar
		Tuberculosis
		Pólipos nasals
		Perdida de olfato
		Fatiga
		Latido irregular del corazón
		Cambios en el color de la piel
		Hematomas en la piel
		Acné de la piel
		Caspa
		Eczema
		Picazón en la piel
		Apetito excesivo
		Sediento

16. Reconocimiento y firma del paciente

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

GRACIAS POR NO usar Fragancias/perfumes POR RAZONES MÉDICAS – Práctica de No Perfume

Perfumes, loción de afeitado, los productos para el cuidado del cabello y otros productos perfumados afectan la salud de muchas personas. Los químicos en estas fragancias les dan asma, dolores de cabeza, náuseas u otros síntomas a muchas personas.

No use perfumes / productos perfumados cuando vengas a esta clínica.

Gracias por tu comprensión.



Al firmar su nombre en el espacio que se indica a continuación, afirma que ha leído **Práctica de No Perfume** y que ha leído y recibido una copia de la notificación de **prácticas de privacidad, pagos, cancelación y políticas de reembolso** de American Health Acupuncture 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 sometiendo 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 sometiendo 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**