

**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 \_\_\_\_\_

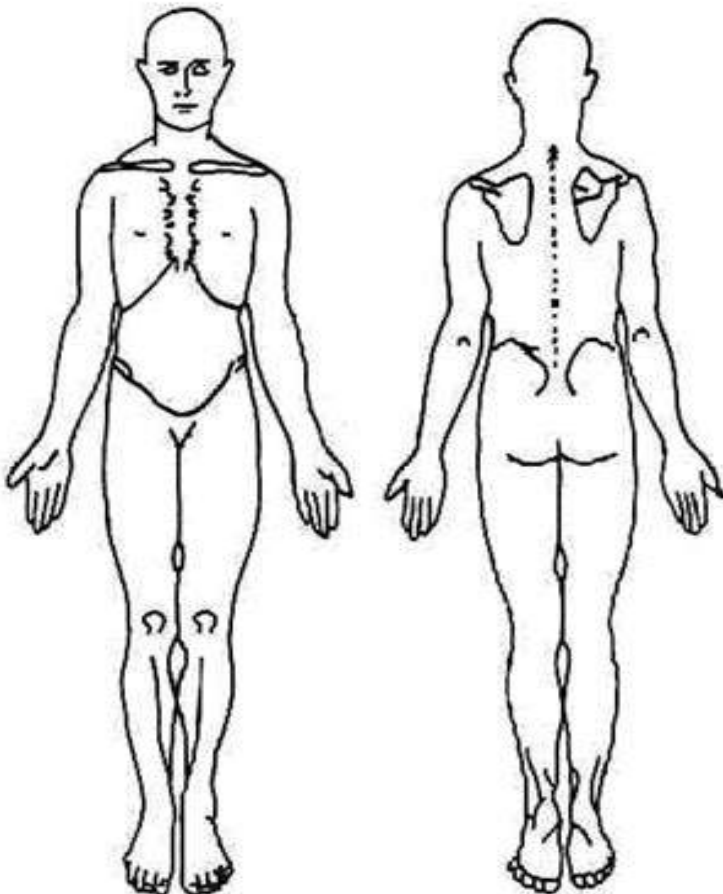
¿Viajaste al extranjero el año pasado? \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

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?<br>_____                |

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<br>_____                    |
|  |  | 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](http://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 afeitar, 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**