

La misión de Edgewater Acupuncture

- Que te sientas más saludable y feliz con acupuntura con precios módicos
- Que formemos parte de su cuidado de salud y de su comunidad

Como trabajamos:

- usted paga lo que usted pueda dentro de la escala de pago para que pueda venir las veces que sean necesarias
- Se relaja en un reclinable en un ambiente de paz y tranquilidad por 30 a 45 minutos
- Por favor díganos si usted quiere que su tratamiento termine en una hora determinada
- Le pedimos que usted sea flexible en las siguientes aéreas:
 - Puede ser que alguien esté en su silla preferida
 - Siéntase con la confianza de traer sus audífonos, traer su ipod o su almohada o manta preferida
- Llévase todas sus cosas personales con usted al salón de tratamiento. Puede tomar una almohada o una manta de las que tenemos, remueva sus medias y zapatos en su silla y por favor suba la parte de abajo de sus pantalones y mangas de su camisa al nivel de la rodilla y codos



Hacer citas:

- En nuestro sitio de internet es fácil programar sus citas
- Usted también nos puede llamar y dejarnos un mensaje en cualquier momento
- Lo recibimos sin cita previa pero se recomiendan las citas

Es un proceso:

- Generalmente todo el mundo necesita varios tratamientos para poder ver resultados, nosotros recomendamos que empiece por lo menos dos veces a la semana para condiciones crónicas, aunque toda acupuntura puede ayudar.
- Por lo menos un tratamiento semanal es recomendado para que usted vea progreso substancial en su condición de salud
- Nuestra escala de pago hace que sea posible para usted comprometerse a un plan de tratamiento

Otras cosas:

- Si usted lo pide le proveeremos un recibo por su visita para que usted lo pueda someter a su seguro medico. No proveemos un resumen anual de sus visitas. Usted es responsable de pedir un recibo en cada visita..
- La acupuntura es un complemento, no un sustituto de cuidado médico. Por favor visite a su doctor para descartar problemas médicos serios. Nosotros necesitamos que usted tome responsabilidad de su propia salud.
- **No camine alrededor de la clínica sin zapatos.**
- Por favor apague su teléfono celular.
- Por favor no tenga conversaciones en el área de tratamiento y trate de mantener la voz baja cuando hable con el profesional de acupuntura

Finalmente:

- Estamos muy contentos que este aquí y le damos la bienvenida.
- Nosotros podemos mantener el precio módico gracias a que nuestros pacientes comparten su experiencia con otras personas. Ya que ustedes saben por experiencia propia como la acupuntura les ha ayudado a sentirse mejor.
- Dejándole saber a sus familiares y amigos sobre nuestro centro de Acupuntura Edgewater Acupuncture nos ayuda a continuar proveyendo cuidado de salud a un precio módico

Formulario de Admisión del Paciente—Edgewater Acupuncture

Fecha:_____Nombre:_____

Nombre de los Padres/Encargados (si es menor de 18 años):_____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:____CódigoPostal:_____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad:_____Ocupación:_____

Teléfono: # de Celular_____Casa_____

Correo Electrónico:_____

Nombre de un Contacto en caso de Emergencia Teléfono:_____

Nombre y Teléfono de su doctor de cabecera:_____

Medicamentos que está tomando en estos momentos : (Incluya medicamentos que compra sin receta médica, suplementos, vitaminas y hierbas)

Razones para buscar tratamiento. Póngalas en orden de importancia:

1.

2.

3.

¿Cómo escucho acerca de nosotros? Referido:_____ Internet:_____

Otro:_____

¿Ha tenido acupuntura antes? _____ ¿ De quién?_____

Póliza Financiera: Por favor pague al momento del servicio.

Si pierde una cita y no ha cancelado 24 horas antes se le cobrará \$15.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre _____ Fecha _____

1. **Historia de Salud:** ¿Ha sido diagnosticado usted con alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por Tensión | <input type="checkbox"/> Enfermedades Coronarias o Ataques al Corazón | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza-Migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias-pulmón | <input type="checkbox"/> Presión Baja |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Articulación Tempomandibular TMJ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado o Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Espalda o la Ciática | <input type="checkbox"/> Infección Urinaria o de Vejiga | <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Pecho o de Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón o Piedras en el riñón | <input type="checkbox"/> Comoción Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Enfermedad o piedra de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumores |
| <input type="checkbox"/> Dolor Pélvico o Genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Bazo o Linfático | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Úlceras gástricas o péptica | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritado o Colitis | <input type="checkbox"/> Polio o Mono |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Asma o Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso/Torcedura de la Articulación | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Tiroide | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares o Temblores | <input type="checkbox"/> Dismenorrea (Menstruación dolorosa) | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pulmonía) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del Túnel Carpiano | <input type="checkbox"/> Síndrome Pre-Menstrual | <input type="checkbox"/> Déficit de Atención |
| <input type="checkbox"/> Codo de Tenista | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vaginal o de Próstata | <input type="checkbox"/> Obsesivo-Compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Hombro Congelado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Piel, Eczema, Psoriasis | <input type="checkbox"/> Ataques de Ansiedad/Fobias |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Raynaud | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Culebrilla (El Herpes Zóster) | <input type="checkbox"/> Sordera o Zumbido de Oídos | _____ |

2. **Accidentes:** ¿Alguna vez se ha lastimado en alguno de estos tipos de accidentes aquí mencionados?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente de Auto | <input type="checkbox"/> Accidente relacionado con el Trabajo | <input type="checkbox"/> Accidente en la Casa |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Deportivas | <input type="checkbox"/> Complicaciones de cirugías | <input type="checkbox"/> Otro Accidente |

3. **Condiciones Presentes:** ¿En el pasado año, ha notado/experimentado alguno de estos?

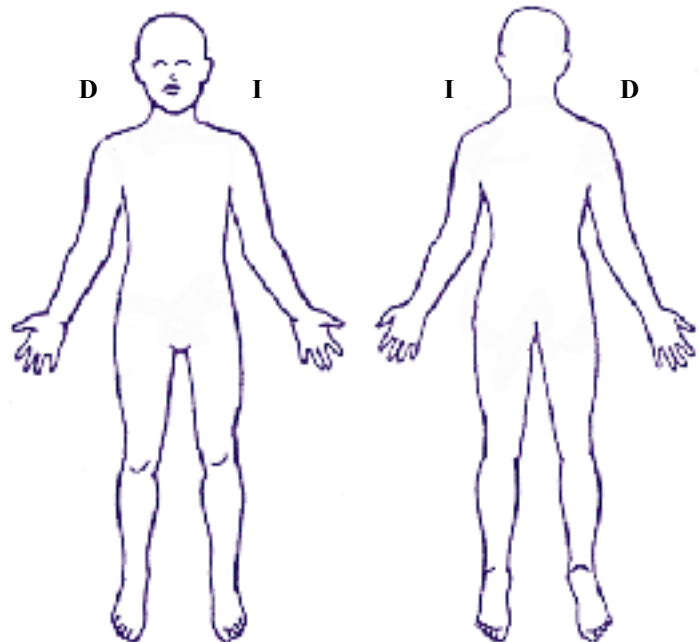
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manos o Pies Fríos | <input type="checkbox"/> Aumento o pérdida grande de peso | <input type="checkbox"/> Congestión Nasal |
| <input type="checkbox"/> Tobillos Pies Hinchados | <input type="checkbox"/> Sobrealimentación o Consumo excesivo de comida | <input type="checkbox"/> Gripe /Escalofrío |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones rígidas y doloridas | <input type="checkbox"/> Bajo en comer o Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Náuseas o Vómitos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Sudor Excesivo | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Hiperventilación | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Visión Borrosa |
| <input type="checkbox"/> Letargo, Fatiga | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Pesadillas(Sueños Inquietantes) |

4. **¿Tiene usted estrés alrededor de lo siguiente?**

- Trabajo Relaciones Finanzas Comida/el comer Salud _____

5. **Substancias o Medicamentos:** ¿En los pasados 6 meses usted a usado regularmente alguno de estos?

- Cigarillos, Cigaros, Vaping
- Aspirina o Tylenol
- Pastillas para dormir
- Varias tazas de café al día
- Medicamentos para el dolor recetados
- Bebidas Alcohólicas
- Drogas Recreativas/Marihuana
- Mucha gaseosa(soda)
- Pastillas para la ansiedad
- Anti-Depresivos



6. **Marque las áreas donde siente dolor:**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACUPUNTURA PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente solicito y doy consentimiento para la realización de 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 indicado a continuación u otros acupunturistas con licencia que me puedan tratar ahora o en el futuro estando empleados por, trabajando o asociados con, o actuando como respaldo para, el acupunturista abajo nombrado, incluyendo a los que trabajan en la clínica u oficina abajo indicadas o en cualquier otra oficina o clínica, sean o no signatarios de este formulario.

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. Entiendo que es posible que las hierbas deban ser preparadas y los téis consumidos de acuerdo con las instrucciones proporcionadas oralmente y por escrito. Las hierbas pueden tener un olor o un sabor desagradables. Notificaré inmediatamente 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 método de 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 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 punción pulmonar (neumotórax). La infección es otro posible riesgo, aunque la clínica utiliza agujas desechables estériles y mantiene un entorno 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 a un miembro del personal clínico que me atienda si estoy o me 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.

Al firmar 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 tratamiento para mi afección actual y para cualquier afección futura para la cual solicite tratamiento.

NOMBRE DEL
ACUPUNTURISTA:

(Fecha)

FIRMA DEL PACIENTE

X

(O el representante del paciente)

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