



misión **Edgewater Acupuncture** es para ayudarle a sentirse mejor, más saludable y más feliz a precios asequibles que hacen que la acupuntura invitación y accesible para todos.

pacientes **Edgewater Acupuncture** se relajan en un círculo de sillas reclinables en un entorno tranquilo y relajante. Nuestro enfoque racionalizado se basa principalmente en el diagnóstico del pulso y la lengua, muy similar a cómo la acupuntura es practicado tradicionalmente en Asia. Esto nos permite ofrecer tratamientos asequibles que van desde \$ 15 a \$ 35 con una tasa de trámites de una sola vez de \$ 10. Nuestra escala móvil permite para que usted reciba la acupuntura sobre una base regular para conseguir mejor más rápido y mejor estancia más larga. Si desea presentar una reclamación a su compañía de seguros, estaríamos encantados de proporcionar un recibo.

**Edgewater Acupuncture** permite a los pacientes a las citas programar fácilmente y rápidamente en línea a través de nuestra página web. Sin cita son siempre bienvenidos, sin embargo se recomiendan citas. Familias y amigos pueden disfrutar de tratamientos convenientemente juntos en el mismo tiempo.

**Edgewater Acupuncture** los pacientes a relajarse con las agujas en el mayor tiempo que necesitan para aprender y más cuando se "hace" después de algunos tratamientos. Esto es por lo general entre 20 a 45 minutos. Muchos pacientes se duermen y se despiertan renovado sentimiento.

**Edgewater Acupuncture** sabe que la acupuntura puede tratar muchas condiciones de salud. Aun así, no son un sustituto para el cuidado de un médico. Recomendamos médico regular las visitas para descartar enfermedades graves. cumplidos Acupuntura tratamiento estándar occidental médico para muchas enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, fibromialgia y otros. Si usted cree que tiene un problema médico grave, busque atención médica adecuada. Necesitamos que asuman la responsabilidad de su propia salud.

**Edgewater Acupuncture's** entorno de la comunidad requiere un poco de flexibilidad por parte de usted. Por ejemplo, alguien puede estar recibiendo tratamiento en su sillón favorito. Los pacientes pueden utilizar taponos para los oídos o escuchar iPods durante sus tratamientos. Algunos pacientes prefieren traer sus propias almohadas o mantas.

**Edgewater Acupuncture** sabe que casi todos los pacientes requiere un tratamiento con el fin de obtener buenos resultados. La acupuntura es un proceso. En China, un protocolo de tratamiento típico para una condición crónica que la acupuntura podría ser cada dos días durante tres meses! Nuestra experiencia con el tratamiento de diferentes tipos de condiciones nos informa de cómo hacer que la acupuntura lo más eficaz posible para usted y que podría sugerir visitar una vez por semana durante seis semanas o tal vez todos los días durante los próximos cuatro días.

**Edgewater Acupuncture's** escala móvil le ayuda a hacer ese compromiso. Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas acerca de cuánto tiempo se tardará en ver los resultados o si usted piensa que necesita para ajustar su plan de tratamiento.

**Edgewater Acupuncture** le pide que sepamos cómo hacer su visita como positiva y conveniente como sea posible. Por favor, háganos saber si usted necesita el tratamiento para poner fin a una hora determinada. Si te sientes realizado, abre los ojos y nos dan una mirada significativa, o se podría pensar que usted está dormido o continuar para disfrutar de su tratamiento.

Parte de nuestro éxito es que nuestros pacientes aprenden "de rutina" y asumir una gran responsabilidad para los nombramientos. Por favor, tenga todos los objetos personales de nuevo a la sala de tratamiento. Póngase cómodo de agarrar una almohada o una manta si lo necesita , quitarse los zapatos y los calcetines y suba los pantalones y mangas de la camisa hasta las rodillas y los codos. No camine alrededor de la clínica sin zapatos. Y, por supuesto, por favor apague su teléfono celular.

**Edgewater Acupuncture's** pacientes crear la atmósfera relajante comunales mediante la relajación juntos. Este tipo de silencio colectivo es una cosa rara y preciosa en nuestra vida a menudo se precipitó y ocupada. El mantenimiento de esta reserva de la calma que requiere mucho no se habla un tanto en el espacio de la clínica. Si desea hablar con un profesional de uno a uno en cualquier longitud, por favor, háganoslo saber. Si usted desea tener una conversación importante, probablemente tendrá que programar por separado y que puede ser que necesite para hacerlo por teléfono.

**Edgewater Acupuncture** mantiene sus costos de un tratamiento asequible para usted debido a la extraordinaria cantidad de comercialización de nuestros pacientes no en nuestro nombre. Después de todo, tienen experiencia de primera mano sobre cómo la acupuntura los ha ayudado a aliviar el dolor, el estrés y otras condiciones! Por favor, ayúdenos a seguir prestando una atención de calidad a un precio asequible por dejar que sus amigos sepan acerca de **Edgewater Acupuncture**.

Por favor, disfrutar de la tranquilidad y la relajación. **Edgewater Acupuncture** se complace en ser una parte importante de su salud y la comunidad.

## Nuevos Pacientes—Edgewater Acupuncture

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Padre / Madre / Tutor nombre, si un niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: Cell \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

De Contacto de emergencia/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre / Teléfono de médico: \_\_\_\_\_

Medicamentos: (include over the counter, supplements, vitamins, herbs)

En orden de importancia, razón de la acupuntura:

- 1.
- 2.
- 3.

Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Que le envio: \_\_\_\_\_

Ha tenido antes de la acupuntura? \_\_\_\_\_ donde? \_\_\_\_\_

**Honorarios** (debido al momento del servicio)

**Tratamientos de acupuntura:** \$15-\$35

**Cargo adicional para el paciente nuevo:** \$10

**Por favor, cumplir con su cita**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**1. Historial de salud:** Alguna vez ha sido diagnosticado con?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Las cefaleas tensionales    | <input type="checkbox"/> Ataque del corazon o trastorno del corazon   | <input type="checkbox"/> Presion arterial alta     |
| <input type="checkbox"/> Migrana                     | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar o respiratoria            | <input type="checkbox"/> Presion arterial baja     |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandibula       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado o hepatitis            | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda o ciatica  | <input type="checkbox"/> Infeccion urinaria o de la vejiga            | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia    |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o angina  | <input type="checkbox"/> Trastorno renal o calculos renales           | <input type="checkbox"/> Conmocion cerebral        |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal             | <input type="checkbox"/> Trastorno de la vesicula biliar o piedras    | <input type="checkbox"/> Cancer o tumores          |
| <input type="checkbox"/> Dolor pelvico o genital     | <input type="checkbox"/> Trastorno del bazo o linfatica               | <input type="checkbox"/> HIV+ o AIDS               |
| <input type="checkbox"/> La artritis reumatoide      | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica o peptica                    | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis        |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis               | <input type="checkbox"/> Sindrome del intestino irritable o gastritis | <input type="checkbox"/> Polio o Mono              |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                | <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Alergias                  |
| <input type="checkbox"/> Sindrome de fatiga cronica  | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                                 | <input type="checkbox"/> Asma o bronquitis         |
| <input type="checkbox"/> Fractura del hueso          | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides                     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares         | <input type="checkbox"/> Menstruacion dolorosa                        | <input type="checkbox"/> Neumonia                  |
| <input type="checkbox"/> Sindrome del tunel carpiano | <input type="checkbox"/> Sindrome pre menstrual                       | <input type="checkbox"/> Deficit de atencion       |
| <input type="checkbox"/> Codo de tenista             | <input type="checkbox"/> La prostata o el trastorno vaginal           | <input type="checkbox"/> Obsesivo-compulsivo       |
| <input type="checkbox"/> Hombro congelado            | <input type="checkbox"/> Trastorno de la peil, eccema, psoriasis      | <input type="checkbox"/> Ataque panico/fobia       |
| <input type="checkbox"/> Neuropatia periferica       | <input type="checkbox"/> Raynaud's Disease                            | <input type="checkbox"/> Depresion mayor           |
| <input type="checkbox"/> Herpes (Herpes Zoster)      | <input type="checkbox"/> Sordera, tinitus                             | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia             |

**2. Accidente:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente de coche  | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo       | <input type="checkbox"/> Accidente en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Lesiones deportivas | <input type="checkbox"/> Complicaciones quirurgicas | <input type="checkbox"/> Otro accidente        |

**3. Problema actual:** En el ultimo ano?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas o los pies      | <input type="checkbox"/> Gran cambio en el peso corporal  | <input type="checkbox"/> Congestion de los senos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo, muñeca, mano      | <input type="checkbox"/> Comer en exceso                  | <input type="checkbox"/> Resfriado, gripe        |
| <input type="checkbox"/> Manos o pies frios                   | <input type="checkbox"/> Falta de apetito                 | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta       |
| <input type="checkbox"/> Los tobillos o pies hinchados        | <input type="checkbox"/> Deseo por los dulces             | <input type="checkbox"/> Nauseas o vomitos       |
| <input type="checkbox"/> Rigidez, dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Ansia de drogas o alcohol        | <input type="checkbox"/> Diarrea                 |
| <input type="checkbox"/> La tension del cuello o del hombro   | <input type="checkbox"/> Satisfecho con el trabajo        | <input type="checkbox"/> Estrenimiento           |
| <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes                 | <input type="checkbox"/> Aburrido o sin interes           | <input type="checkbox"/> Vision borrosa          |
| <input type="checkbox"/> Latidos rapidos del corazon          | <input type="checkbox"/> La soledad o la falta de afecto  | <input type="checkbox"/> La fatiga               |
| <input type="checkbox"/> Sudoracion excesiva                  | <input type="checkbox"/> La vida sexual que no cumplan    | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir  |
| <input type="checkbox"/> Hiperventilacion                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos de quitarse la vida | <input type="checkbox"/> Pesadillas              |
| <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos                    | <input type="checkbox"/> Preocupado por las finanzas      | <input type="checkbox"/> Problemas de relacion   |

**4. Sustancias o medicamentos:** En los ultimos meses:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos o cigarros      | <input type="checkbox"/> La aspirina o Tylenol                | <input type="checkbox"/> Pildoras para dormir           |
| <input type="checkbox"/> Varias tazas de cafe al dia | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor recetados | <input type="checkbox"/> Pastillas anti ansiedad        |
| <input type="checkbox"/> Vaso de cerveza o vino      | <input type="checkbox"/> Marihuana o drogas recreativas       | <input type="checkbox"/> Pastillas anti depresiva       |
| <input type="checkbox"/> Licores o bebidas mezcladas | <input type="checkbox"/> Refrescos varios por dia             | <input type="checkbox"/> Pildoras presion arterial alta |

## ACUPUNTURA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente solicitud y consentimiento para la realización de tratamientos de acupuntura y otros procedimientos en el ámbito de la práctica de la acupuntura en mí por Meaghan Massella Walker, M. Ac, Ac L. y / u otros acupunturistas con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras están empleados por, o asociados de trabajo con o en calidad de respaldo para Meaghan Massella Walker, M.Ac., L. Ac, si los signatarios de este formulario o no.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a, la acupuntura, moxibustión, ventosas, gua sha, la medicina herbal y la estimulación eléctrica.

Los efectos secundarios tales como locales agujas moretones, rotos, dolor en el sitio de inserción, neumotórax espontáneo reacciones aborto involuntario, alérgica (con hierbas) son raros pero posibles. La infección es otro riesgo posible, aunque la clínica utiliza agujas estériles desechables y mantiene un ambiente limpio y seguro. Quemaduras y / o cicatrices son un riesgo potencial de la moxibustión y ventosas. Entiendo que, si bien este documento se describen los principales riesgos del tratamiento, otros efectos secundarios y riesgos pueden ocurrir. **Voy a notificar al médico si estoy o si queda embarazada. Voy a notificar al médico si tengo una hemorragia u otro trastorno de salud grave.**

No espero que el profesional para poder anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y quiero confiar en el personal clínico para emitir un juicio durante el proceso de tratamiento que el médico piensa que en el momento, en base a los hechos entonces conocido es mi mejor interés. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Todos los registros se mantendrán confidenciales y no serán puestos en libertad sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que la acupuntura se realiza en un ambiente de grupo en Edgewater acupuntura. Entiendo que mis conversaciones en la sala de grupo puede ser escuchada por los demás sentados a su alrededor. Entiendo que si tengo que tener una conversación privada con el acupunturista, lo mejor es hacerlo por teléfono, correo electrónico o mediante la programación de una cita para hablar en privado.

El pago completo se espera que en el momento del servicio. Yo entiendo que si tengo que cancelar una cita, por lo menos 24 horas de antelación se le dará. Entiendo que se les cobrará \$ 15 para cancelaciones con menos de 24 horas de antelación.

Al firmar voluntariamente más abajo, se muestra que he leído, o me ha leído, el consentimiento anterior al tratamiento, se les ha dicho acerca de los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y han tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura (s) para los que buscan tratamiento.

---

Firma del paciente y la fecha

---

Paciente impreso el nombre

---

Padre/ Madre o tutor firma y fecha

---

Padre/ Madre o tutor impreso el nombre

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**CONVENIO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION, POR FAVOR FIRME AMBOS LADOS.  
PRIMERA DE DOS PAGINAS**

Articulo primero: **Consentimiento al arbitraje:** Entiendase que cualquier disputa tocante al tratamiento medico erroneo, es decir en cuanto a si cualquiera de los servicios medicos prestados bajo este contrato fueron incesarios o desautorizados o fueron rendidos de manera incorrecta, negligente o incompetente, sera determinada al someterse al arbitraje segun lo prescriben las leyes estatales y federales, y no por medio de un juicio, ni recurriendo a precedimientos judiciales, salvo la revision judicial del proceso arbitral de acuerdo con las leyes estatales y federales. Al celebrar este contrato, ambas partes interesadas en este renuncian a su derecho constitucional de que se decida tal disputa en un tribunal de justicia, ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Articulo segundo: **Todas las reclamaciones deberan ser arbitradas:** Las partes se proponen que este acuerdo ligue a todas las partes cuyas reclamaciones pudieran proceder de, o ser relacionadas con el tratamiento o con los servicios prestados por el proveedor de atencion medica, incluso a los herederos del paciente o a su pasado, presente o futuro conyugue, con relacion a todas las reclamaciones, incluso la perdida de la sociedad conyugal. Tambien se propone que con este convenio se ligen a todos los hijos del paciente, ya hubiesen nacido o no cuando ocurrio el incidente del cual pudiese proceder cualquier reclamacion. Se propone que este convenio ligue al paciente y a su proveedor de atencion medica, y/o a otros proveedores de atencion medica con licencia o a los internos preceptores quienes le rindan tratamiento al paciente en la actualidad o en el futuro mientras sean empleados de, trabajen o esten asociados con, o le sirvan de sustituto al proveedor de atencion medica, incluso a aquellos que trabajen en la clinica u oficina del proveedor o en cualquier otra clinica u oficina, sean o no signatarios de este formulario. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el limite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantia en contra del proveedor de atencion medica, y/o en contra de sus socios, sociedad, empresa, sociedad colectiva, empleados, agentes y bienes, deberan ser sometidas al arbitraje incluso, y sin ningun limite, reclamaciones por perdida de la sociedad conyugal, muerte causada por negligencia, sufrimiento mental o daños punitivos. Si el proveedor de atencion medica llegase a entablar pleito en un tribunal a fin de cobrarle honorarios al paciente, esto en si no revocara su derecho a que cualquier reclamacion por tratamiento medico erroneo se apremie a ser arbitrada. No obstante, despues de la asercion de cualquier reclamacion en contra del proveedor de atencion medica, cualquier disputa tocante a honorarios, sea o no cuestion judicial de una accion ya existente, tambien sera resuelta por via arbitral.

Articulo tercero: **Procedimientos y leyes pertinentes:** Todas las partes seran notificadas por escrito de la demanda de arbitraje. Cada parte elegira un arbitro (arbitro de la parte) dentro de treinta dias, y los arbitros que hayan sido seleccionados por las partes subsecuentemente elegiran a un tercer arbitro (arbitro neutro) dentro de otros treinta dias. Por lo consiguiente, el arbitro neutro sera el unico arbitro que decidira el arbitraje. Cada parte interesada en el arbitraje pagara las cuotas prorratas que le corresponda por los gastos y honorarios debidos al arbitro neutro, incluso honorarios de abogado, dieta de testigo, u otros gastos contraidos por la parte para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendra el derecho absoluto de que se bifurquen las cuestiones de responsabilidad y daños al someter una peticion por escrito al arbitro neutro. Las partes acceden a la intervencion y union en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera seria una parte adicional adecuada en una accion judicial, y al ocurrir tal intervencion y union, cualquier accion judicial ya existente en contra de tal persona o entidad adicional sera suspendida hasta que se lleve a cabo el arbitraje.

Las partes convienen en que las disposiciones de las leyes estatales y federales que establezcan el derecho de presentar pruebas de cualquier cantidad pagadera al paciente como beneficio segun lo maximo permitido por la ley, que limiten el derecho de recuperar perdidas no economicas, y el derecho de que un fallo de indemnizacion par daños futuros sea conformado a pagos periodicos, seran aplicadas a las disputas dentro de los limites de este convenio arbitral cuando sean pertinentes. Las partes tambien convienen en que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociacion Estadounidense regiran cualquier arbitraje que se lleve a cabo de acuerdo con este convenio arbitral.

Articulo cuarto: **Efecto retroactivo:** si el paciente se propone que este convenio cubra los servicios que se hayan prestado antes de la fecha que este fue firmado (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debera escribir sus iniciales aqui: \_\_\_\_\_ Vigente a partir de la fecha en la cual se prestaron los primeros servicios profesionales.

Si se determinara que alguna disposicion de este convenio de arbitraje no es valida ni ejecutoria, el resto de las disposiciones permaneceran en pleno vigor y no seran afectadas por la nulidad de cualquier otra disposicion. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este convenio de arbitraje. Al firmar abajo, admito que he recibido una copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO UD. CONSIENTE A QUE SE DECIDA CUALQUIER CUESTION TOCANTE A TRATAMIENTO MEDICO ERRONEO POR MEDIO DEL ARBITRAJE NEUTRO, Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR O SIN JURADO. VEA EL ARTICULO PRIMERO DE ESTE CONTRATO.**

**FIRMA DEL PACIENTE**

**X**

(o del representante del Paciente)

( Indique parentesco si firma por el paciente)

(Fecha)

**POR FAVOR TAMBIEN FIRME EL OTRO LADO**

**CONVENIO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION, POR FAVOR FIRME AMBOS LADOS.  
SEGUNDA DE DOS PAGINAS**

Por la presente solicito y presto consentimiento a que el acupunturista citado abajo y/o otro(s) acupunturistas con licencia quienes ahora o en el futuro me rindan tratamiento de acupuntura, incluso otros metodos en el ambito de la practica de acupuntura, a mi (o al suscrito paciente de quien soy legalmente responsable) mientras sean empleados de, trabajen o esten asociados con, o sirvan como substitutos del acupunturista citado abajo, incluso aquellos que trabajen en la clinica u oficina citada abajo, o en cualquier otra oficina o clinica, aunque no sean signatarios de este formulario.

Entiendo que la acupuntura podria ser considerada un metodo de investigacion en los Estados Unidos. Existen ciertos riesgos del tratamiento incluso, pero no limitados a la posibilidad que surjan moretones en la piel y/o sangre levemente. Cuando todas las agujas estan esteriles, hay muy poco riesgo de infeccion. Las agujas se consideran esteriles cuando son desechables o son esterilizadas en un autoclave de acuerdo con los requisitos de la Junta del Estado de California.

He tenido la oportunidad de hablar con el acupunturista citado abajo y/o con otro personal de la oficina o clinica sobre la indole y proposito de la acupuntura. Entiendo que los resultados no son garantizados.

No espero que el acupunturista pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y quiero atenerme a que el acupunturista procedera con discrecion en el transcurso del procedimiento que el considere beneficioso para mi, basandose en los hechos conocidos en aquel momento.

He leído, o alguien me ha leído, el consentimiento de arriba. Tambien he tenido la oportunidad de hacer preguntas tocantes a su contenido, y al firmar abajo accedo a los procedimientos citados arriba. Propongo que este formulario de consentimiento cubra todo el transcurso del tratamiento de mi presente malestar o para cualquier futuro malestar por el cual procure tratamiento.

<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>	<b>X</b>	
(o del representante del Paciente)	( Indique parentesco si firma por el paciente)	(Fecha)

<b>FIRMA DEL PERSONAL DE LA OFICINA</b>	
	(Fecha)

**POR FAVOR TAMBIEN FIRME EL OTRO LADO**