



Armonía Health LLC Historia medica para la acupuntura comunitaria

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel casa: _____ Tel celular: _____ Email: _____

Podemos agregarla/o la nuestra lista de email? SI NO Ocupacion/carrera/trabajo: _____

Genero: _____ Edad: _____ FDN: mes ____/dia____/año____ Peso: _____ Referido por? _____

Nombre y contacto en caso de emergencia: _____

Medico de cabecera? _____ Fecha de ultima visita: _____ Razon: _____

Has recibido acupuntura o hierbas chinas en el pasado? _____ Fecha: _____ Razon: _____

Medicamentos que estas tomando: _____

Hierbas y suplementos que estas tomando: _____

Accidentes, cirugias y caidas con sus fechas: _____

Que quieres tratar? _____

Has recibido tratamiento para esto, de que tipo? _____ Ayudo? _____

CIRCULE sintomas o condiciones que tienes ahora, **CHECK** los que hayas tenido en el pasado:

SIDA/HIV

Alergias

Alcoholismo

Artritis

Asma

Problemas de espalda

Presion alta/baja

Cancer

Cholesterol alto

Depresion/Ansiedad

Diabetes

Oreja/Nariz/Garganta

Epilepsia

Problemas de Fertilidad

Problemas Hormonales

Problemas Gastrointestinales

Dolor de cabeza/Migrañas

Problemas de corazon

Hepatitis B/C

Indigestion/Reflujo

Insomnia

Baja energia

Memoria baja/concentracion

Tuberculosis

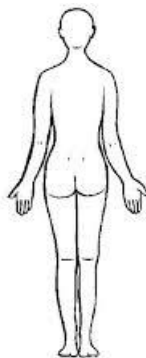
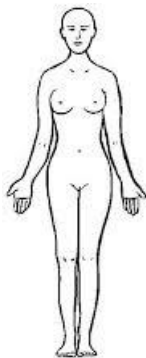
Vertigo

Enfermedad venerea

Fumas? _____ Tomas alcohol? _____ Cafe? _____

Otras condiciones que tu deseas que sepamos: _____

Circule las areas que te molestan



ARMONIA HEALTH LLC Consentimiento de tratamiento y pago

Los costos de las sesiones se pagan en efectivo, cheque, o tarjeta de credito. Aceptamos tarjetas Flex/Cuentas de ahorro medico.

Sesion inicial de acupuntura comunitaria: \$55

Sesion subsiguiente de acupuntura comunitaria: \$40-60 (\$45 minimo con tarjeta de credito)

Si no puedes asistir a tu cita, por favor dejenos saber 24 horas de antemano, llamanos al (919) 251-9698 y dejamos mensaje si nadie contesta. Si pierdes tu cita sin aviso previo o llegas mas de 20 minutos tarde a tu cita, te podemos cobrar el costo adicional de una sesion perdida de \$40.

Yo, doy consentimiento de recibir acupuntura de mi propia voluntad con Austin Dixon o Li-Lan Hsiang Weiss. Entiendo que estoy recibiendo acupuntura en grupo (acupuntura comunitaria), mi consulta inicial es en privado. Sesiones subsiguientes pueden ser con una diferente acupunturista dependiendo en mi plan de tratamiento y la disponibilidad de citas. Consiento que las acupunturistas de Armonia Health LLC puedan comunicarse sobre mi expediente/caso.

Entiendo que los filamentos de acupuntura son esterilizadas, empaquetadas y son de un solo uso y que nunca fueron ni seran usadas en otra persona.

Entiendo que no hay garantia en el resultado ni la eficacez del tratamiento o serie de tratamientos, la acupunturista hara lo mejor posible para mi caso. Tengo la opcion de parar mis sesiones en cualquier momento.

Entiendo que las complicaciones que resultan de la acupuntura pueden ser: morete, mareo inmediatamente despues de la sesion, desmayo, calambre, debilidad, baja energia, adormecimiento en el area tratado, nausea, hematoma, infeccion, dolor, neumotorax, o que los sintomas se agraven por 24-48 horas despues de la sesion. Algunos de estos sintomas son normales como parte del proceso de sanacion, otros requieren atencion medica. Cualquier pregunta o duda nos deja saber cuando salga de su sesion o nos llama a la oficina.

Entiendo que la acupuntura y la medicina china no son sustitutos para la atencion medica, algunas condiciones requieren diagnosis y exámenes medicos. Entiendo que comunico a todos los terapistas sobre mis tratamientos. La medicina china puede complementar la medicina convencional en muchos casos.

Durante mi sesion de acupuntura es normal sentir la sensacion del filamento en contacto con la piel, puedo comunicar con mi acupunturista si siento dolor agudo o de nervio por mas de 5 segundos y puedo comunicar mi desconforte. La mayoria del tiempo es natural y comun entrar a un estado de relajacion durante y despues de la acupuntura.

Necesito comunicar a mi acupunturista si estoy o pueda estar embarazada.

Entiendo que estoy de acuerdo en no indemnificar o tomar accion legal contra la acupunturista o la clinica en caso de herida accidental dentro de la oficina.

Nombre de paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Guardian

Yo, el padre/madre/guardia del menor aquí mencionado, consiento a los terminos en este documento y doy permiso a que este menor reciba terapias de la acupunturista.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de la acupunturista: _____

Fecha: _____