



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

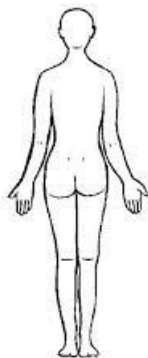
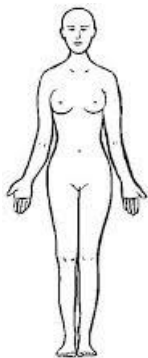
Fumas? _____

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 puedo asistir a mi cita, llamare 24 horas o más de antemano al (919) 251-9698 y dejare mensaje si nadie contesta. Si pierdo mi cita sin aviso previo o llego mas de 15 minutos tarde a mi cita sin previo aviso, se cobra el costo adicional de una sesion perdida de \$40.

_____ Yo doy consentimiento de recibir acupuntura de mi propia voluntad con la acupunturista. Las acupunturistas en Armonia Health LLC tiene entrenamiento académico de 4 años de medicina china, tienen su certificado a nivel nacional en Estados Unidos de America y tienen su licencia de acupuntura en Carolina del Norte. 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 y que otros terapeutas en Armonia Health LLC pueden ver mi expediente si se recomienda que incorpore otras terapias a mi tratamiento de acupuntura y medicina china.

_____ 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 eficasez 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, rara vez 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, pero si se pueden complementar. Recomendamos que deje saber a otros medicos y terapeutas que está recibiendo acupuntura y/o tomando formulas herbales.

_____ 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 no me siento comoda. La mayoría 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 acupunturista: _____

Fecha: _____