

## !Bienvenidos!

### Pacientes Que Tienen Cita Hoy:

Por favor lea las siguientes instrucciones y marque con sus iniciales que las entiende:

- 1) Proveer su nombre a la recepcionista y completar documento de registraci3n.
- 2) Somos una Clinica de Acupuntura de bajo costo. Tenemos un pago de escala de \$20 hasta \$40. En su primera cita hay un costo adicional de \$10, por favor notifique a la recepcionista cuanto va a pagar por su tratamiento el dia de hoy.
- 3) Despues de someter su pago, puedes entrar La Sala de Tratamiento. Tenenemos agua a su disposicion. Los ba1os estan localizados en el pasillo detr3s de la recepci3n a la derecha.
- 4) La Sala de Tratamiento esta localizada detr3s de la recepci3n a la izquierda. Por favor, **apague o silencie su tel3fono celular y otros equipos de alta voz.**
- 5) Al entrar a la sala de tratamiento encontrara tapones para las oidos, pastillas para la tos, y canastas para sus cosas personales.
- 6) Localice un sill3n reclinable de zero gravity o que tenga una s3bana nueva/sin usar, tome asiento, remueva sus zapatos y los calcetines y enrolle los pantalones y las mangas encima de las rodillas y los codos. Tenemos camisas, pantalones cortos y faldas extras a su disposicion si su ropa es demasiado apretada.
- 7) Rel3jese, su acupunturista estar3 con usted en breve.

### El Tratamiento de Acupuntura:

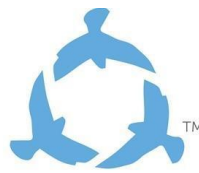
- 1) Si nunca he tenido acupuntura, **¡NO SE PREOCUPE!** No hace da1o. Usted puede sentir un peque1o pinchazo cuando la aguja pasa a trav3s de la piel. Cuando la aguja est3 en el punto correcto, puede sentir un latido, calor, hormigueo o presi3n. Si est3 inc3modo, notifique a su acupunturista.
- 2) Le invitamos a relajarse y tomar una siesta con las agujas. La mayor3a de los pacientes se relajan y descansan por treinta minutos a una hora. La duraci3n de su tratamiento depende en usted. Si se siente fr3o, inc3modo, necesita la atenci3n del acupunturista, o para terminar su tratamiento haga contacto visual con su acupunturista.
- 3) Tenemos l3mparas que aumentan la temperatura para areas especificas del cuerpo que ayudan a la circulaci3n. ¡Si usted quisiera una, notifique a su acupunturista!
- 4) Al final de su tratamiento puede levantarse de su sill3n y salir de la sala de tratamientos, alguien de la clinica pasara a recoger las mantas usadas y preparara el sill3n para el proximo paciente.

### Citas Futuras:

- 5) Por lo general toma de 8 a 10 tratamientos antes de notar un cambio significativo en sus s3ntomas. Su acupunturista le dar3 una sugerencia de cu3ntas veces por semana les gustar3a verle y por cu3nto tiempo.

### Hierbas:

- 6) Despues de varios tratamientos, su acupunturista le puede recomendar hierbas para ayudar a obtener mejores resultados y m3s duraderos. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para mantener nuestras hierbas a bajo costo y disponibles para usted, pero 3ltimamente depende de usted si desea comprarlas. Cuando le recetan hierbas, se le dar3n instrucciones sobre su dosis y frecuencia.



**Registración y Información del Paciente**

Nombre(Name): \_\_\_\_\_ Fecha(Date): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Birth Date): \_\_\_\_\_ Sexo (opcional): \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

¿He Tenido Acupuntura?  Si  No

¿Cómo Se Enteró De Nosotros? \_\_\_\_\_

**Afliccion Primaria**

1. \_\_\_\_\_

¿Cuando empezó? \_\_\_\_\_

¿Que lo hace peor? \_\_\_\_\_

¿Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos ha recibido? \_\_\_\_\_

**Afliccion Secundaria**

2. \_\_\_\_\_

¿Cuando empezó? \_\_\_\_\_

¿Que lo hace peor? \_\_\_\_\_

¿Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos ha recibido? \_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Medicamentos/Suplementos \_\_\_\_\_

¿Tienes problemas para dormir? \_\_\_\_\_

¿Tienes suficiente energía durante todo el día? \_\_\_\_\_

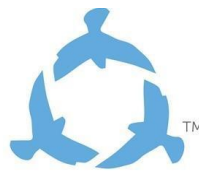
¿Tienes problemas digestivos? \_\_\_\_\_

¿Tienes defecación cada día? \_\_\_\_\_ ¿Con facilidad?  Si  No

¿Que es lo mas importante que quiere obtener de su del tratamiento?

*Comprueba todo lo que has tenido en el pasado:*

AIDS  Cancer  Alergias  Diabetes  Artritis  Anemia



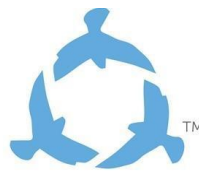
**Historial Médico Cont.** Comprueba todo lo que has tenido en *el año pasado*:

<p><b>MUSCULOESQUELETICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Temblores o Calambres (Tremor/Cramps)</li> <li><input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamadas (Swollen Joints)</li> <li><i>Dolor, Tensión, Debilidad, Entumecimiento en...</i></li> <li><input type="checkbox"/> Brazos o Hombros (Arms/Shoulders)</li> <li><input type="checkbox"/> Piernas o Caderas (Legs/Hips)</li> <li><input type="checkbox"/> Pies (Feet)</li> <li><input type="checkbox"/> Cuello (Neck)</li> <li><input type="checkbox"/> Manos (Hands)</li> <li><input type="checkbox"/> Espalda (Back)</li> <li><input type="checkbox"/> Otra _____</li> </ul> <p><b>CABEZA/OÍDOS/OJO/NARIZ/GARGANTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza (Headaches)</li> <li><input type="checkbox"/> Asthma/Sibilancias (Asthma/Wheezing)</li> <li><input type="checkbox"/> Visión Borrosa (Blurred Vision)</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar (Difficult Breathing)</li> <li><input type="checkbox"/> Dolores de Oídos (Earaches)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermo Frecuentemente (Frequent Colds)</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias (Allergies)</li> <li><input type="checkbox"/> Ronquera (Hoarseness)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de las Encías (Gum Disease)</li> <li><input type="checkbox"/> Hemorragia Nasal (Nose Bleeds)</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de Audición (Hearing Loss)</li> <li><input type="checkbox"/> Toz persistente (Persistent Cough)</li> <li><input type="checkbox"/> Timbre en la Oreja (Tinnitus)</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de Seno (Sinus Problems)</li> </ul> <p><b>PIEL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Furúnculos (Boils)</li> <li><input type="checkbox"/> Queda Moretón Facilmente (Bruise Easily)</li> <li><input type="checkbox"/> Erupción Cutánea (Rash/Itching)</li> <li><input type="checkbox"/> Piel Sensitiva (Sensitive Skin)</li> <li><input type="checkbox"/> Piel Seca (Dry Skin)</li> <li><input type="checkbox"/> Heridas No Curan (Wounds Don't Heal)</li> <li><input type="checkbox"/> Suda (Sweats)</li> </ul> <p><b>GENITOURINARIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sangre o Pus en la Orina (Blood/Pus in Urine)</li> <li><input type="checkbox"/> Orina Frecuente (Frequent Urination)</li> <li><input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria (Incontinence)</li> <li><input type="checkbox"/> Infección o Cálculos Renal (Kidney Infection/Stones)</li> <li><input type="checkbox"/> Bajo Líbido (Low Libido)</li> </ul>	<p><b>MENTAL/EMOCIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Depresión</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad Mantener la Atención (Difficulty Focus)</li> <li><input type="checkbox"/> Mareo/Vertigo</li> <li><input type="checkbox"/> Fácilmente Asustado (Easily Startled)</li> <li><input type="checkbox"/> Preocupación Excesiva (Excessive Worry)</li> <li><input type="checkbox"/> Ira Excesiva (Excessive Anger)</li> <li><input type="checkbox"/> Miedo Excesivo (Excessive Fear)</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedad (Anxiety)</li> <li><input type="checkbox"/> Siente el Corazón Latiendo (Palpitations)</li> </ul> <p><b>CARDIOVASCULAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dolor de Pecho (Chest Pain)</li> <li><input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja o Alta</li> <li><input type="checkbox"/> Circulación Mala (Poor Circulation)</li> <li><input type="checkbox"/> Ataque al Corazón (Heart Attack)</li> <li><input type="checkbox"/> Latido del Corazón Irregular (Irregular Heartbeat)</li> <li><input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados (Swollen Ankles)</li> </ul> <p><b>GASTROINTESTINAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eructos, Distensión Abdominal o Flatulencia</li> <li><input type="checkbox"/> Estreñimiento (Constipation)</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrea</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar (Difficulty Swallowing)</li> <li><input type="checkbox"/> Hambre Excesiva (Excessive Hunger)</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de Vesícula Biliar (Gallbladder)</li> <li><input type="checkbox"/> Hemorroides</li> <li><input type="checkbox"/> Indigestión</li> <li><input type="checkbox"/> Náusea</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de Estómago (Stomach Pain)</li> <li><input type="checkbox"/> Sin Apetito (Poor Appetite)</li> </ul> <p><b>SI ES APLICABLE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dificultades de Erección (Erection Difficulties)</li> <li><input type="checkbox"/> Secreción Genital Anormal (Discharges)</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatitis</li> <li><input type="checkbox"/> Sangrado Intermenstrual (Bleeding Between P)</li> <li><input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre (Clots)</li> <li><input type="checkbox"/> Sangrado Menstrual Excesivo (Excess Bleeding)</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor Menstrual (Painful Menses)</li> <li><input type="checkbox"/> Ciclo Menstrual Irregular (Irregular Cycle)</li> <li><input type="checkbox"/> Menstruación Escasa (Scanty Menses)</li> <li><input type="checkbox"/> Menopausico (Menopausal)</li> <li><input type="checkbox"/> SPM (PMS)</li> <li><input type="checkbox"/> Aborto Previo (Previous Miscarriage)</li> <li><input type="checkbox"/> Podría Estar Embarazada (I Could Be Pregnant)</li> </ul>
--	---

**Confirmo que la información en este forma es correcta.**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_



## Póliza Financiera

BAC es una clínica de acupuntura comunitaria de bajo costo y alto volumen. Nuestro honorario es \$20-\$40 por tratamiento. Usted decide lo que puede pagar en cada visita. En cualquier momento puede cambiar la cantidad que paga en la escala móvil. Nunca pediremos verificación de ingresos- confiaremos en que usted sabe que puede pagar por su tratamiento. Nuestra misión es que la acupuntura esté disponible para todas las personas a las tarifas más accesibles para todos. El pago se espera en el momento de su visita. Aceptamos cheques, dinero en efectivo, Visa y MasterCard. Le pedimos que esté preparado para pagar su tratamiento antes del servicio. Notifiquenos si necesita un recibo para someterse a su aseguradora o para sus archivos. En consideración de otras personas en nuestra lista de espera, le pedimos que nos **notifique 24 horas antes** si no puede mantener su cita.

Citas que se cancelan con menos de 24 horas se cobrará una cuota de \$20.00 en la próxima visita. Reconocemos que las emergencias ocurren, y estaríamos encantados de considerarlas en forma individual. Hacemos una excepción para los pacientes de inducción laboral. Gracias por entender y ayudándonos a mantener nuestros precios bajos.

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

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

## Consentimiento Informado

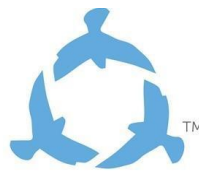
Acupuntura implica la inserción de agujas especiales en puntos particulares del cuerpo. El propósito de este tratamiento es prevenir o reducir el dolor y ayudar a su cuerpo a funcionar mejor. Hay algunos riesgos para el tratamiento, incluyendo moretones de la piel y/o sangrado leve, debilidad, desmayo y agravamiento de los síntomas. Hay poco o ningún riesgo de infección cuando las agujas son estériles. **BAC utiliza agujas de un solo uso, estériles y desechables. No reutilizamos agujas.** No proporcionamos atención primaria, o atención médica occidental (alopática). Por favor, consulte a su médico para esos servicios y para chequeos de rutina.

Si está embarazada, tiene un trastorno hemorrágico, marcapasos, presión arterial alta, infección local o se le han recetado medicamentos anticoagulantes como Coumadin, **NOTIFIQUE a su acupunturista antes del tratamiento.**

Con este conocimiento, voluntariamente consiento los procedimientos anteriores.

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

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



**Hola,**

**Si quieres hacer una cita futura , por favor indique que dia y hora es mejor para usted.**

LUNES (*MONDAY*) \_\_\_\_\_

VIERNES (*FRIDAY*) \_\_\_\_\_

MARTES (*TUESDAY*) \_\_\_\_\_

SABADO (*SATURDAY*) \_\_\_\_\_

MIERCOLES (*WEDNESDAY*) \_\_\_\_\_

DOMINGO (*SUNDAY*) \_\_\_\_\_

JUEVES (*THURSDAY*) \_\_\_\_\_

**Hora:**

**La recepcionista anotará qué horarios están disponibles aqui:**

MANANA (*MORNING*) \_\_\_\_\_

MEDIODIA (*MIDDAY*) \_\_\_\_\_

TARDE (*EVENING*) \_\_\_\_\_

Shanell Rodriguez, Acupunturista, habla espanol.  
Shanell esta disponible los siguientes dias:

**Martes, Jueves y Viernes: 10AM hasta las 2PM**

**Miercoles: 3PM a 7PM**

GRACIAS por visitarnos!

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

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