



Armonía Health LLC Sesión individual de acupuntura

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel casa: _____ Tel celular: _____ Email: _____

Podemos agregarla/o a nuestra lista de email? SI NO Ocupación/carrera/trabajo: _____

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

Nombre y contacto en caso de emergencia: _____

Médico de cabecera? _____ Fecha de última visita: _____ Razon: _____

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

Medicamentos que estas tomando: _____

Hierbas y suplementos que estas tomando: _____

Accidentes, cirugías y caídas con sus fechas: _____

Que quieres tratar?

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

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

SIDA/HIV

Alergias

Alcoholismo

Artritis

Asma

Problemas de espalda

Presión alta/baja

Cáncer

Cholesterol alto

Depresión/Ansiedad

Diabetes

Oreja/Nariz/Garganta

Epilepsia

Problemas de Fertilidad

Problemas Hormonales

Problemas Gastrointestinales

Dolor de cabeza/Migrañas

Problemas de corazón

Hepatitis B/C

Indigestión/Reflujo

Insomnio

Baja energía

Memoria baja/concentración

Tuberculosis

Vertigo

Enfermedad venérea

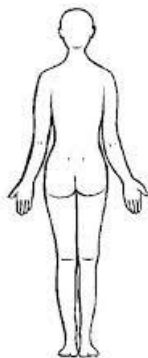
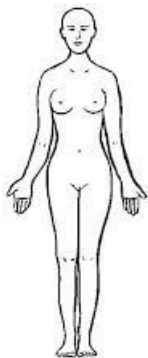
Fumas? _____

Tomas alcohol? _____

Café? _____

Otras condiciones que tu deseas que sepamos: _____

Circule las áreas que te molestan



ARMONIA HEALTH LLC Consentimiento de tratamiento y pago
Ponga su inicial después de leer cada párafo

_____ Los costos de las sesiones se pagan en efectivo, cheque a Armonia Health LLC, o con tarjeta de credito. Aceptamos tarjetas Flex/Cuentas de ahorro medico. Consulte nuestra pagina web o a la oficina sobre el costo de las sesiones individuales de acupuntura.

_____ Si no puedes asistir a tu cita individual, por favor dejenos saber 48 horas de antemano, llamanos al (919) 251-9698 y dejás mensaje si nadie contesta. Si pierdes tu cita sin aviso previo o llegas mas de 20 minutos tarde a tu cita, te cobraremos el 60% del costo de la sesión. La acupunturista reserva esta cita solamente para ti y cancelació sin previo aviso quita la oportunidad de dar la sesión a otra persona. Gracias por su cooperación.

_____ Yo, doy consentimiento de recibir acupuntura de mi propia voluntad. 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 hacen lo mejor posible para proveer un tratamiento de alta calidad. Tambien podran recomendarme e incluir otra terapia en Armonia Health LLC, es mi decision aceptar la recomendación a tomar otra terapia adicional. Si decido incluir otra terapia en Armonia Health LLC, mi expediente sera compartido con ese/a terapeuta. Estoy dispuesta en participar activamente en mi propio tratamiento.

_____ 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, que los sintomas se agraven por 24-48 horas despues de la sesion, o en raras ocasiones neumotorax. 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 mis proveedores medicos 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 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 de paciente: _____ 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: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre y Firma de acupunturista: _____