

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de nacimiento :	Licencia de conducir: #
Estado civil : S M D	Nombre del cónyuge:
Dirección :	
Teléfono :	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <b>Correo electrónico::</b>
Ocupación :	
Médico de atención primaria:	Especialidad:
Contacto de emergencia y relación:	Número de póliza:
Compañía de seguros:	Número de póliza:
<b>Política de cancelación</b> Reconozco que debo dar al menos <b>24 horas de aviso</b> para cancelar una cita y así evitar un cargo por la sesión. Esto es una cortesía hacia otros pacientes que puedan necesitar ese horario. Llamaré si anticipo llegar más de 10 minutos tarde a mi cita. <b>Iniciales:</b> _____	

## QUEJA PRINCIPAL

\_\_\_\_\_ Sev  
\_\_\_\_\_ Moderada  
\_\_\_\_\_ Leve

## HISTORIAL MÉDICO (Marque todo lo que corresponda)

VIH/SIDA	Trastornos del tejido conectivo	Enfermedad cardíaca	Otras afecciones cardíacas
Ataques de ansiedad	Diabetes	Soplo cardíaco	Otros problemas renales
Asma	Epilepsia	Hepatitis	Otros problemas pulmonares
Enfermedad autoinmune	Eritematosis	Presión arterial alta	Ataque de pánico
Defectos de nacimiento	Cálculos biliares	Sangrado intestinal	Parálisis
Infecciones de vejiga	Úlcera gástrica o duodenal	Infección renal	Artritis reumatoide
Trastornos sanguíneos	Sarampión alemán (Rubéola)	Cálculos renales	Convulsiones
Tumor o cáncer de mama	Ataque cardíaco	Lupus	Problemas tiroideos
Bronquitis		Trastornos neurológicos	Tuberculosis
Cáncer		Otras formas de artritis	Venas varicosas
Cirrosis			

<b>CONDICIONES MÉDICAS</b> Condiciones, cirugías o accidentes automovilísticos que haya tenido y año de diagnóstico:		<b>ALERGIAS</b> Medicamentos, estacionales, alimentos, ambientales	<b>RIESGOS LABORALES</b> <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>
Año	Condición / Cirugía		Estrés Uso intensivo de teclado/computadora
			Sustancias peligrosas Levantamiento pesado
			Otro: _____

<b>MEDICAMENTOS</b>				
Nombre del medicamento	Propósito	Duración	Dosis / Frecuencia	Última dosis

<b>ESTILO DE VIDA</b>		
Uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ejercicio: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Ninguno

<b>SOLO PARA MUJERES</b>	
Actualmente embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciclo menstrual:
Último período:	Síndrome premenstrual (SPM):
Nº de embarazos:	Última prueba de Papanicolaou:
Nº de abortos espontáneos:	Edad de la menopausia:
Método anticonceptivo:	Síntomas de la menopausia:

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACUPUNTURA

Yo, el(la) abajo firmante, solicito y doy mi consentimiento para recibir **acupuntura** y procedimientos relacionados según lo considere necesario el doctor mencionado o un practicante autorizado de esta clínica.

Estos procedimientos pueden incluir **moxibustión, ventosas, electroacupuntura u otras técnicas clínicas apropiadas**. Entiendo que la acupuntura conlleva posibles **riesgos y complicaciones**, que pueden incluir, entre otros:

- Sangrado o moretones menores en los sitios de inserción
- Náuseas o desmayos
- Choque o convulsiones
- Dolor, sensibilidad o rigidez temporal
- Infección
- Raro riesgo de perforación de órganos internos

**Reconozco que solo se usarán agujas estériles de un solo uso, que serán desechadas adecuadamente después de cada sesión. Entiendo que los resultados no están garantizados, y confío en el juicio profesional del proveedor para determinar el tratamiento más seguro en cada visita. Cualquier problema o inquietud posterior al tratamiento deberá ser informado y discutido con el proveedor.**

### **Solo para pacientes femeninas**

Entiendo que el tratamiento de acupuntura durante el embarazo puede conllevar riesgos, incluyendo posible sufrimiento fetal. Declaro que no estoy embarazada y que no existe posibilidad de embarazo.

**Iniciales para confirmar comprensión y aceptación:** \_\_\_\_\_

### **SEGURO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Entiendo que, aunque esta clínica acepta ciertos seguros médicos que cubren acupuntura, soy responsable de cualquier deducible, copago o servicios no cubiertos. Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguro y doy mi consentimiento para usar mi firma en dichas reclamaciones.

Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro.

---

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que aceptó voluntariamente los tratamientos de acupuntura descritos.

**Firma del paciente / tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_