

**Community Acupuncture of Orlando**  
**Hoja de admision para paciente nuevo**

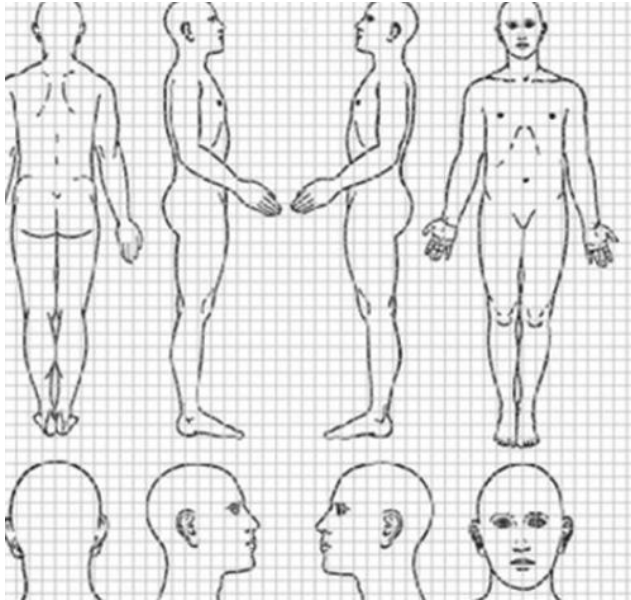
NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ NUMERO TEL # \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Has tenido acupuntura antes? SI / NO Como escuchastes de nosotros? \_\_\_\_\_

**Cual es tu preocupacion de salud PRIMARIA?** \_\_\_\_\_

Cuando comenzo? \_\_\_\_\_ Es constante? SI / NO Mejora con: CALOR / FRIO



**Indicar areas de preocupacion/dolor encima**

**Porfavor marca lo que le aplique:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estresada/o / Abrumado/a                | <input type="checkbox"/> Depresion           |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir                  | <input type="checkbox"/> Fatiga              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/ Nerviosismo                   | <input type="checkbox"/> Sofocos/Menopausia  |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad/ Enojo                    | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos                       | <input type="checkbox"/> Migranas            |
| <input type="checkbox"/> Edema/ Inchazon                         | <input type="checkbox"/> TMJ                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la piel                    | <input type="checkbox"/> Problemas Oculares  |
| <input type="checkbox"/> Facilmente Magullado                    | <input type="checkbox"/> Problemas de Oidos  |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis                               | <input type="checkbox"/> Desmayo             |
| <input type="checkbox"/> Se enferma facilmente                   | <input type="checkbox"/> Fibromas            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon                  | <input type="checkbox"/> Mareos              |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios                 | <input type="checkbox"/> Toz                 |
| <input type="checkbox"/> Presion alta/baja                       | <input type="checkbox"/> Palpitaciones       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulacion                | <input type="checkbox"/> Indigestion         |
| <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios                     | <input type="checkbox"/> Diarrea             |
| <input type="checkbox"/> Periodos irregulares/dolorosos          | <input type="checkbox"/> Constipacion        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Rinones/Calculos       | <input type="checkbox"/> Prostata            |
| <input type="checkbox"/> Piedras/problemas de la vesicula biliar | <input type="checkbox"/> Bultos en los cenos |

**Porfavor liste medicamentos, cirugias, y condiciones medicas diagnosticadas en la parte posterior de esta forma.**

**Consentimiento Informado y Politica Financiera**

Por la presente doy mi consentimiento a la actuacion de acupuntura o otras modalidades dentro del alcance de la practica de la Medicina Oriental por las Acupunturistas de Community Acupuncture of Orlando que estan licenciadas por el estado de la Florida. Entiendo que hay unos riesgos para el tratamiento incluyendo pero no limitado a moretones, sangrado leve, dolor en el area de incersion de la aguja, mareos o desmayo, o posible agravacion de los sintomas existentes antes del tratamiento. El riesgo de infeccion es muy leve como todas las agujas usadas son preesterilizadas, solo usadas, y desechable. Entiendo que las sillas de gravedad cero no sostendra mas de 220 libras. Entiendo que los resultados no son garantizado. No espero que mi Acupunturista pueda explicar todos los resultados y riesgos. Entiendo que puedo dejar los tratamientos en cualquier momento. Entiendo que la evaluacion dada a mi se basa en las teorias de la Medicina Oriental. Entiendo que la Acupunturista no esta proporcionando atencion Medica Occidental(Alopatica) y que yo debo ir a mi medico de cabecera para esos servicios y chequeos de rutina. El costo de los tratamientos de acupuntura y las ventosas es pagadero en una escala movil. He leido el consentimiento anterior y la politica financiera. Tengo entendido que este consentimiento cubrira el curso completo de tratamiento para mi condicion actual y para cualquier condicion futura para la que busco tratamiento.

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