



Bienvenidos a la clínica de East-West Integrative Medicine and Acupuncture. Para ayudarnos a brindarle la mejor atención, complete este formulario detenidamente. Toda la información será confidencial.

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Género/Pronombre: _____ Sexo: _____
Mes Día Año

Contacto en caso de emergencia: _____
+ Nombre Parentesco Teléfono

¿Cómo supo Ud. de la Clínica de East-West Integrative Medicine? _____

¿Tiene el Medi-Cal? __ Sí __ No (Ésta clínica sólo cobra a San Francisco Health Plan, Community Health/ UCSF)

¿Tiene seguro medico particular? __ Sí __ No

Si lo tiene, llene el formulario de verificación de seguro en la página web www.eastwestsf.com.

Normas de la oficina:

Se exige pagar los cargos de la visita al realizar el tratamiento a menos que haya un acuerdo entre la clínica y su compañía de seguros. La clínica cobrará a su compañía de seguros si ésta cubre la atención de acupuntura y/o la medicina china tradicional. En el caso de que la compañía de seguros no acepte reembolsar todos los cargos, se le notificará a usted para que nos pague la cantidad que se adeuda. Los precios publicados ya están ajustados para que reflejen el descuento por los pagos al contado.

Si va a cancelar una cita, para evitar cualquier cargo avísenos con más de 24 horas de anticipación.

- Autorizo a la clínica de East-West Integrative Medicine (EWIM) a brindarme el tratamiento de acupuntura y medicamentos a base de hierbas chinas dentro del permiso aprobado por el Comité de Garantía de Calidad Médica (Medical Quality Assurance Board) del estado de California y por el Comité de Acupuntura de California (California Acupuncture Committee).
- Entiendo que el acupuncturista no podrá explicarme, ni vaya a saber, todos los riesgos del tratamiento; sin embargo estoy de acuerdo a seguir los consejos del acupuncturista sabiendo que el/ella me va a cuidar en función de los hechos conocidos y haciendo lo que considere que me beneficiará mas.
- Entiendo que esta hoja de consentimiento seguirá en vigor durante todo el tiempo que reciba tratamiento, actualmente o en el futuro.
- Autorizo que se revele la información médica necesaria para procesar la reclamación del seguro y entiendo que se utilice la información médica personal por parte de la clínica de EWIM sólo para proporcionarme los tratamientos y/o para obtener el pago de los cargos.
- Reconozco haber recibido una notificación de las normas de privacidad de la clínica de EWIM

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, Madre/Padre ó tutor/a

ANTECEDENTES MÉDICOS: Marque lo que corresponda tanto hora o en el pasado.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Irregular Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico | <input type="checkbox"/> Embarazo irregular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Especifique el tipo _____ | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis: Especifique el tipo A ___ B ___ C ___ | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> VIH (SIDA) HIV + | <input type="checkbox"/> Cirugía: Especifique el tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Enfermedades del sistema respiratorio/ pulmones |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas del Tiroides: ___ Hiper ___ Hipo |
| <input type="checkbox"/> Lesiones: Especifique el tipo _____ | <input type="checkbox"/> Otros no listados aquí: Especifique el tipo: _____ _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | |
| <input type="checkbox"/> Adicción | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos psicológicos | |

PREOCUPACIONES PRINCIPALES: Describa sus inquietudes e indique si tiene otra información relevante:

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Actualmente esta siendo atendido por otro médico? Sí ___ No ___

¿Por cuáles síntomas? _____

Nombre de su médico de cabecera: _____ Teléfono _____

¿Actualmente esta tomando algún medicamento recetado o medicamentos a base de hierbas?

Sí ___ No ___

En caso afirmativo, indique los nombres

aquí: _____

Toma píldoras anticonceptivas? Sí ___ No ___

ESTILO DE VIDA: De las opciones a continuación ¿cuáles se aplican a su estilo de vida?

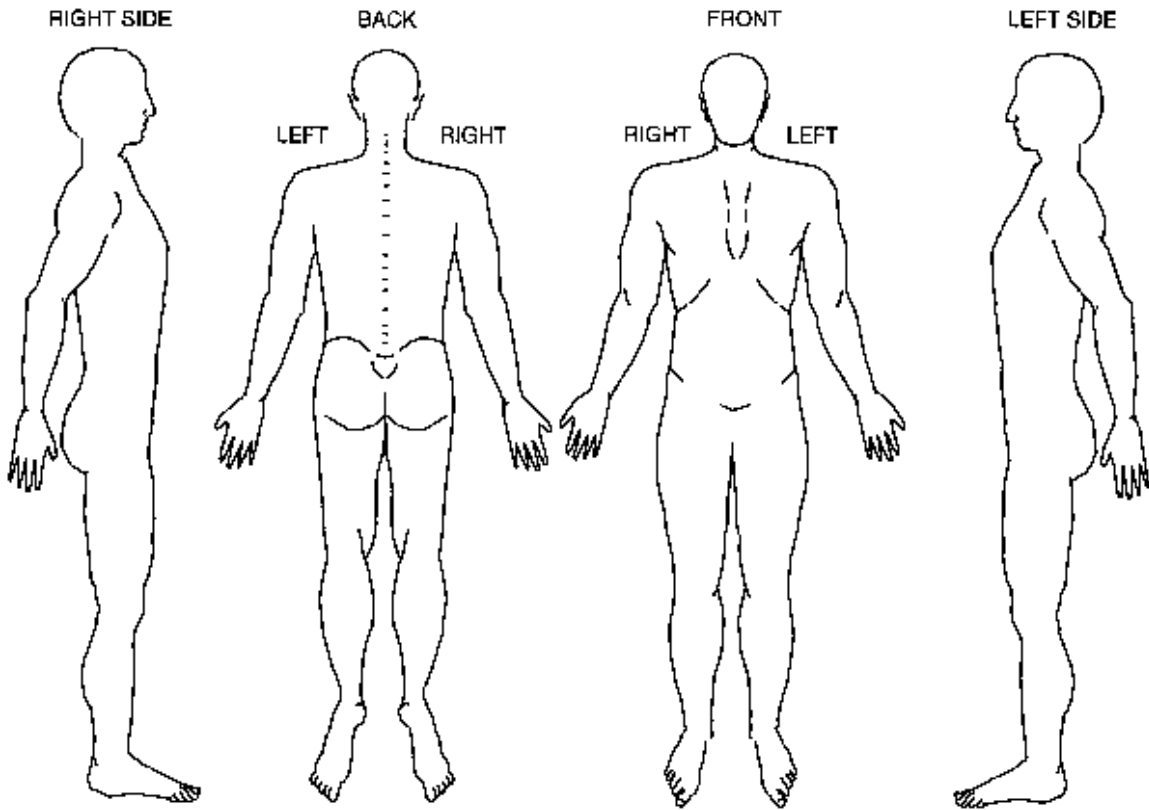
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos | <input type="checkbox"/> Tomar vitaminas/suplementos: Indique los tipos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tomar café | _____ |
| <input type="checkbox"/> Usar las drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Hacer relajación/meditación |
| <input type="checkbox"/> Tomar bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicios: Indique el tipo y frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiene una dieta especial: Indique el tipo: _____ | |

MARQUE CON UNA "X" TODO QUE SE APLICA Y LAS ÁREAS DE DOLOR O LESIÓN:

- Comienzo repentino
- Constante
- Gradual
- Intermitente
- Adormecimiento

- Espasmos
- Rigidez
- Debilidad
- Temblor
- Hormigueo

- Agudo
- Sordo
- Hinchazón
- Dolor quemante
- Moretones



¿Hay otro asunto que no está incluido en este formulario que quiere que sepamos de usted?
