



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAR

_____ entiendo que soy el que toma las decisiones sobre mi atención médica. Parte del papel de esta oficina es proporcionarme información para ayudarme a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se conoce como "consentimiento informado" e implica mi comprensión y acuerdo con respecto a la atención recomendada, los beneficios y riesgos asociados con la atención, las alternativas y el efecto potencial en mi salud si elijo no recibir la atención.

La acupuntura no pretende sustituir el diagnóstico o el tratamiento por parte de los médicos ni utilizarse como alternativa a la atención médica necesaria. Se espera que esté bajo el cuidado de un médico de atención primaria o un especialista médico, que las pacientes embarazadas estén siendo tratadas por un profesional de la salud adecuado y que las pacientes que buscan apoyo complementario para el cáncer estén bajo el cuidado de un oncólogo.

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de tratamientos de acupuntura y otros procedimientos dentro del alcance de la práctica de la acupuntura en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por parte del acupunturista indicado a continuación y / u otros acupunturistas con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estoy empleado por, Trabajar o asociarse con, o servir como respaldo para el acupunturista nombrado a continuación, incluidos aquellos que trabajan en la clínica u oficina que se enumera a continuación o en cualquier otra oficina o clínica, ya sea signatario de este formulario o no.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, entre otros, acupuntura, moxibustión, ventosas, estimulación eléctrica, Tui-Na (masaje chino), medicina herbal china y asesoramiento nutricional. Entiendo que es posible que sea necesario preparar las hierbas y consumir los té de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por vía oral y por escrito. Las hierbas pueden tener un olor o sabor desagradable. Notificaré inmediatamente a un miembro del personal clínico sobre cualquier efecto imprevisto o desagradable asociado con el consumo de las hierbas.

Entiendo que no es posible considerar todas las complicaciones posibles para la atención. Me han informado que la acupuntura es un método de tratamiento generalmente seguro, pero, al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención médica, existen algunos riesgos para la atención, que incluyen, entre otros: hematomas; entumecimiento u hormigueo cerca de los sitios de punción que pueden durar unos días; y mareos o desmayos.

Las quemaduras y/o cicatrices son un riesgo potencial de moxibustión y ventosas, o cuando el tratamiento implica el uso de lámparas de calor. Los moretones son un efecto secundario común de las ventosas. Los riesgos inusuales de la acupuntura incluyen daño a los nervios y punción de órganos, incluida la punción pulmonar (neumotórax). La infección es otro posible riesgo, aunque la clínica utiliza agujas desechables estériles y mantiene un ambiente limpio y seguro.

Entiendo que, si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios y riesgos. Las hierbas y los suplementos nutricionales (que provienen de fuentes vegetales, animales y minerales) que se han recomendado se consideran tradicionalmente seguros en la práctica de la medicina china, aunque algunos pueden ser tóxicos en grandes dosis. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo.

Notificaré a un miembro del personal clínico que me está cuidando si estoy, o me convierto, embarazada o si estoy amamantando. Si quedo embarazada, suspenderé todas las hierbas y suplementos hasta que haya consultado y recibido consejos de mi acupunturista y / u obstetra.

Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son: náuseas; gas; Estómago; vómito; daño hepático o renal; jaqueca; diarrea; Erupciones; urticaria; y hormigueo en la lengua. Si bien no espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, deseo confiar en que el personal clínico ejerza un juicio durante el curso del tratamiento que el personal clínico considere en ese momento, basado en los hechos conocidos en ese momento, es lo mejor para mí.

Entiendo que, como con todos los enfoques de atención médica, los resultados no están garantizados y no hay promesa de curación. Entiendo que debo **informar, y continuar informando completamente, a esta oficina de cualquier historial médico, antecedentes familiares, medicamentos y / o suplementos que se toman actualmente (recetados y de venta libre).**

Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar mis registros de pacientes e informes de laboratorio, pero todos mis registros se mantendrán confidenciales y no se divulgarán sin mi consentimiento por escrito.

Entiendo que hay opciones de tratamiento disponibles para mi afección además de los procedimientos de acupuntura. Estas opciones pueden incluir, entre otras: atención autoadministrada, analgésicos de venta libre, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos recetados, fisioterapia, aparatos ortopédicos, inyecciones y cirugía. Por último, entiendo que tengo derecho a una segunda opinión y a asegurar otras opciones sobre mis circunstancias y atención médica según lo considere oportuno.

Al firmar voluntariamente a continuación, confirmo que he leído, o me han leído, el consentimiento anterior para el tratamiento, se me ha informado sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo con las recomendaciones actuales o futuras de atención. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la que busque tratamiento.

Aviso para mujeres embarazadas: Todas las pacientes deben informar al médico supervisor si saben o sospechan que están embarazadas, ya que algunos procedimientos y terapias descritos en este documento pueden presentar un riesgo para el embarazo.

Fecha de firma del paciente

Escriba el nombre del paciente aquí

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento:

Firma de la persona legalmente responsable del paciente

Fecha

Escriba aquí el nombre de la persona legalmente autorizada

Dra. Tiffani Alwazan, ND, L.Ac.
Palitos saludables PLLC

Formulario de consentimiento del paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted se asegura de que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha. Tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y luego cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? ____YES ____NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? ____YES ____NO

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? ____YES ____NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Dra. Tiffani Alwazan, ND, L.Ac.
Palitos saludables PLLC

PALOS SALUDABLES PLLC

Política financiera

Healthy Sticks PLLC mantiene una política financiera que busca hacer que los servicios sean asequibles y accesibles para todos.

Tarifa de cita : para hacer una reserva en línea o por teléfono, el cliente pagará \$ 28. La *tarifa de la cita* se aplicará al costo de la visita en persona o de telesalud.

Cargo por cancelación tardía : para asegurarnos de que los clientes puedan ser atendidos con prontitud y lo antes posible, solicitamos respetuosamente que las cancelaciones se realicen con 24 horas de anticipación. A los clientes que no cancelen de manera oportuna se les cobrará *un cargo por cancelación tardía de \$ 28*.

Reembolsos : cuando se reembolsa un pago a un cliente, no se puede reembolsar ninguna tarifa de procesamiento electrónico.

Pagos rechazados : cuando una institución financiera rechaza posteriormente un pago electrónico, el monto cobrado por la institución financiera pasará a ser responsabilidad del cliente.

Al firmar a continuación, acepta notificar a nuestro médico con 24 horas de anticipación para las cancelaciones. Cualquier cancelación tardía o no presentación resultará en una tarifa de \$ 28. Al firmar a continuación, usted acepta que ha leído detenidamente todo el contenido de esta página; Usted comprende todas las políticas de tarifa de cita, tarifa de cancelación, reembolso y pago rechazado. Si no comprende o tiene preguntas sobre la información anterior, no dude en hablar con uno de nuestros asistentes.

_____ estoy de acuerdo con la política financiera anterior.

Fecha de firma

Imprima el nombre aquí

Healthy Sticks PLLC

Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes.

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requerimos que lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Las tarifas se pagan cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito y seguros preaprobados para los cuales somos un proveedor contratado.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado por su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros.
- Intentaremos confirmar la cobertura de su seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actualizada y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, primero le facturaremos a su compañía de seguros, menos cualquier copago o deducible, y luego le facturaremos cualquier monto que se determine que es su responsabilidad. Este proceso generalmente toma de 45 a 60 días desde el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo.
- Si no contratamos con su compañía de seguros, se espera que pague todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaración que puede enviar a su compañía de seguros para su reembolso.
- Se requiere comprobante de pago e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados estén cubiertos por su compañía de seguros.
- Por favor, comprenda que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos de coseguro, copagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que son parte de un beneficio fuera de la red, su parte de la responsabilidad financiera puede ser mayor que la tarifa dentro de la red.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros niega la cobertura y/o el pago por los servicios que se me brindan, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos esos cargos en su totalidad.

Este acuerdo financiero fue firmado por: _____
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Dra. Tiffani Alwazan, ND, L.Ac.
Healthy Sticks PLLC

Información confidencial del paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de hijos: _____ Estado civil: S M Otro

Sexo: M F Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de la oficina: ninguno Dirección de la oficina: ninguna

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Alguna vez ha sufrido (por favor, marque sí o no):

	Sí	No		Sí	No
Mareos			Asma		
Dolores			Neuritis		
Problemas cardíacos			Trastornos digestivos		
Diabetes			Nerviosismo		
Tuberculosis			Problemas de sinusitis		
Artritis			Anemia		
Cefaleas			Cáncer		

Propósito del nombramiento: _____

Otros médicos atendidos por esta afección: _____

Referido por: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Ha sido tratado por algún médico por alguna afección de salud en el último año? Sí / No

Describir: _____

Observaciones e información adicional: _____

Medicamentos actuales: _____

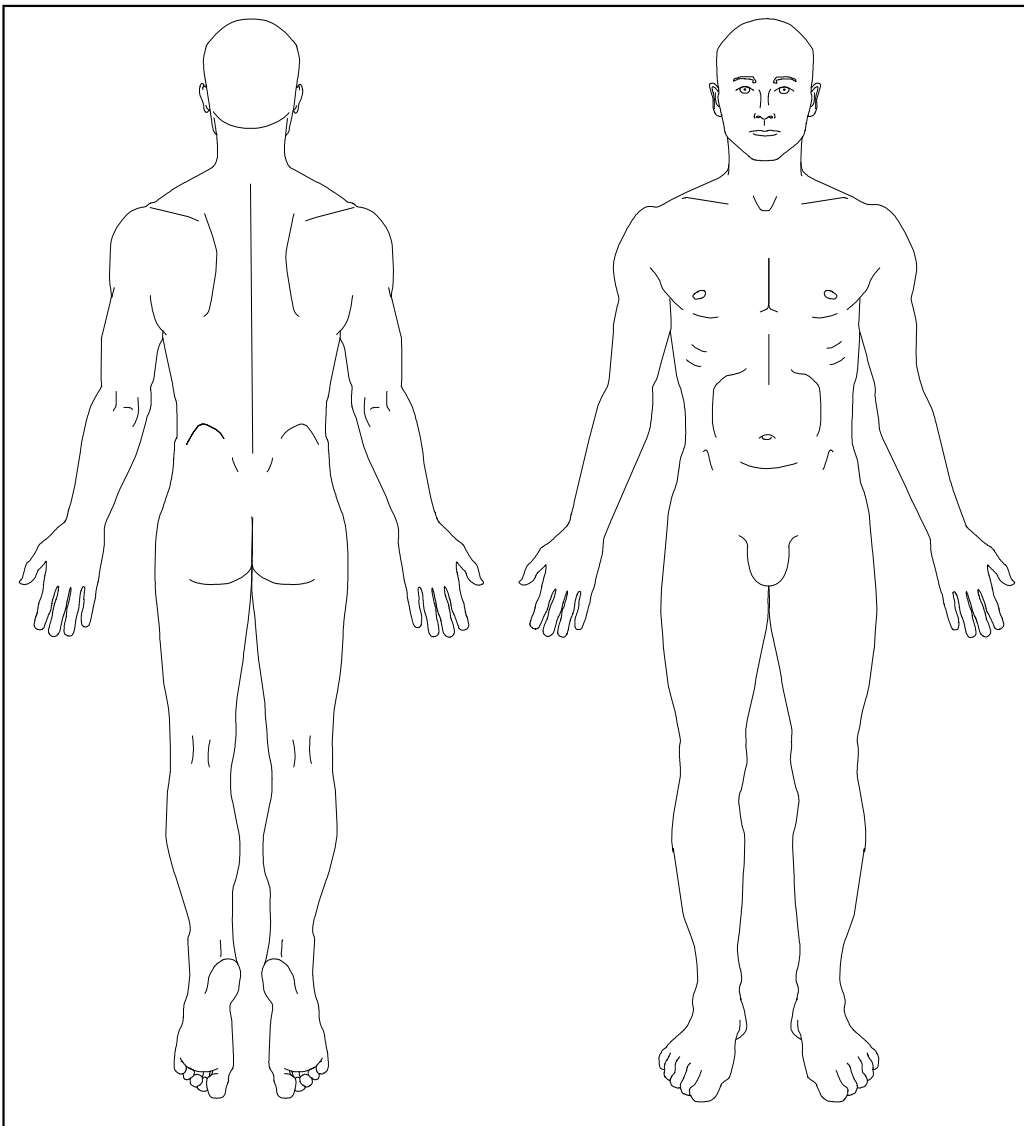
Suplementos actuales: _____

Iniciales del paciente: _____

Por favor, sombree la imagen de arriba de sus síntomas en el momento actual.

Encierre en un círculo cualquier síntoma: dolor, entumecimiento, hormigueo.

Calcule la intensidad en ese momento en una escala de 0 (Min) - 10 (Max): _____



HISTORIAL DE SALUD: *marque todo lo que corresponda*

Iniciales del paciente: _____

Condiciones que ha tenido

- ☐ SIDA / VIH
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Alergias
- ☐ ELA (de Lou Gehrig)
- ☐ Alzheimer
- ☐ Anemia
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Defectos congénitos
- ☐ Trastorno hemorrágico
- ☐ Cáncer de mama
- ☐ Colitis / Crohn / SII
- ☐ Cáncer de colon
- ☐ EPOC
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ Abuso de drogas
- ☐ Epilepsia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Gota
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Hepatitis
- ☐ Herpes / Herpes zóster
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Enfermedad mental
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Parkinson
- ☐ Neumonía
- ☐ Cáncer de próstata
- ☐ Anemia de células falciformes
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Suicidio
- ☐ Tiroides / Bocio
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Úlceras
- ☐ Otros:

Dispositivos utilizados

actualmente

- ☐ Marcapasos
- ☐ Implantes de cualquier tipo
- Reemplazo de ☐ articulaciones
- ☐ Aparatos ortopédicos (cuello, espalda, rodilla)
- ☐ Ortopedia

Pasado actual

- ☐ Dolor que no se alivia con el reposo
- ☐ Fiebre

Pasado actual

General

- ☐ escalofríos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Fatiga
- ☐ Pérdida o aumento de peso

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Temblores
- ☐ Mareos
- ☐ Entumecimiento /

Hormigueo

- ☐ Pérdida de

sensibilidad

- ☐ Cambio en la

memoria

Último examen físico:

____/____

- ☐ Normal ☐ Anormal

Piel

- ☐ Sequedad
- ☐ Picazón
- ☐ moretones fácilmente
- ☐ Cambio en lunares
- ☐ Cambios de uñas
- ☐ Cambios de cabello
- ☐ Acné

Ojos, oídos, nariz,

garganta

Último examen de la vista:

____/____

- ☐ Dolor ocular
- ☐ Glaucoma
- ☐ cambio de visión
- ☐ Dolor de oído
- ☐ zumbido en los oídos
- ☐ Cambio en la

audición

- ☐ Cambio en el olfato
- ☐ Cambio en el gusto
- ☐ Cambio en la voz
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Ronquera

Gastrointestinal

- ☐ Incontinencia intestinal
- ☐ Cambio en los hábitos intestinales
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Náuseas
- ☐ Hinchazón
- ☐ Eructos / Gas
- ☐ Acidez estomacal
- ☐ Indigestion
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Alimentos no digeridos
- ☐ Hemorroides
- ☐ Falta de apetito

- ☐ Cambio en el apetito

Pasado actual

- ☐ Heces con sangre
- ☐ Taburete negro / alquitranado
- ☐ diverticulitis
- ☐ Vómitos
- ☐ Vómitos de sangre
- ☐ Úlceras

Última colonoscopia:

____/____

- ☐ Normal ☐ Anormal

Respiratorio

- ☐ dificultad para respirar
- ☐ Tos crónica
- ☐ Flema
- ☐ Toser sangre
- ☐ Sibilancias

Cardiovascular

- ☐ Dolor sobre el corazón
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Latidos cardíacos irregulares
- ☐ Soplo
- ☐ palpitaciones
- ☐ Problemas cardíacos anteriores
- ☐ Manos / pies fríos o azules
- ☐ Hinchazón de tobillos
- ☐ Venas varicosas
- Última prueba de colesterol:
- ____/____
- ☐ Normal ☐ Anormal

Genitourinario

- ☐ Incontinencia vesical
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Noche más de dos veces
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Dificultad para iniciar el flujo
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Infección urinaria
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Descarga
- ☐ ETS

Solo hombres

- ☐ Hinchazón / dolor testicular
- ☐ Problemas de próstata
- Último examen de próstata: ____/____

Solo mujeres del pasado

actual

- ☐ Infertilidad
- ☐ Sofocos
- ☐ Bultos en el seno
- ☐ Flujo vaginal
- Último PAP: ____/____
- ☐ Normal ☐ Anormal
- Última mamografía: ____/____
- ☐ Normal ☐ Anormal

Períodos menstruales

- Inicio de la edad: ____
- Promedio de días de flujo: ____
- Ciclo promedio: ____ días
- Flujo menstrual
- ☐ correcto. ☐ equivocado.
- ☐ Dolor / calambres
- Menopausia – edad: ____
- ¿Estás embarazada?
- ☐ No ☐ Sí: ____

Meses: _____

Método anticonceptivo: _____

Número de niños

- ____ Nacido vivo
- ____ Cesárea
- ____ Prematuro
- ____ Nacido muerto
- ____ Abortos

Enfermedades

infantiles

- ☐ Varicela
- ☐ Sarampión / Paperas
- ☐ Polio
- ☐ Fiebre reumática

Vacunas (fechas)

- Poliomielitis: ____/____
- Tétanos: ____/____
- Hepatitis: ____/____
- Gripe: ____/____
- Neumonía: ____/____

Modo de vida

- Agua: tazas/día ____
- Ejercicio: x/semana ____
- Sueño: horas/noche ____
- Alcohol: bebidas/día ____
- Humo: paquetes/día ____
- ☐ Fumador anterior
- Fecha de inicio: ____/____
- Fecha final: ____/____

Iniciales del paciente: _____

Describe su dieta diaria promedio. Sé específico.

Mañana:

Almuerzo: _____

Cena: _____

Bocadillos: _____ ¿Con qué frecuencia?
