



acupuncture

herbs

therapeutics

Papeleo De Paciente Nuevo

Parte I. Información Confidencial de Salud

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:	Pronombre preferido:
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Podemos comunicarnos con Ud. por medio de texto? sí/no	
Nombre, número y relación del contacto de emergencia:	
¿Ha tenido acupuntura antes?	¿dónde?
¿Cómo ha sabido usted de nosotros?	

Questionario del tratamiento

¿Razón por su visita hoy?

¿Ha encontrado algo que mejore o agrave su(s) afección(es)? Si es así, por favor describa.

mejora: _____ empeora: _____

¿Cómo afecta este problema en su vida diaria (por ejemplo, en relación con el sueño, el trabajo, las emociones)?

¿Cuál es el nombre y número de teléfono de su médico?

¿Ha buscado algún otro tratamiento para sus preocupaciones de salud? Si es así, por favor describa.

¿Ha tenido algún análisis de sangre, radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, electrocardiogramas u otras pruebas relacionadas con sus problemas de salud durante el año pasado? Por favor, enumere y describa los resultados a su mejor conocimiento y / o memoria:

Marque los síntomas que ha tenido este año:

- Depresión
- Dificultad en enfocar
- Fácilmente asustado
- Fácilmente preocupado
- Fácilmente enojado
- Fácilmente tiene miedo
- Fácilmente cansado
- Dificultad en dormirse/insomnia
- Pérdida o subida de peso
- Nervioso o irritabilidad
- Inundado por la vida/desesperación

Marque las enfermedades que ha tenido en la vida:

- SIDA
- Anemia
- Desórdenes de sangre
- Cáncer -- Tipo: _____
- Diabetes
- Problemas de corazón o un marcapasos
- Hepatitis
- Alcoholismo
- Derrame cerebral
- Tuberculosis

Enumere cualquier medicamento, vitaminas, hierbas y suplementos que esté tomando actualmente.

Medicamentos / hierbas / vitaminas / suplementos	Con qué frecuencia	Razón

Actividades de la vida diari

Profesión: _____

Por favor describa un día típico de comer / beber:

El desayuno:	
El almuerzo:	
La cena:	
La merienda:	

Encierre en un círculo lo siguiente: Prefiero tomar: bebidas calientes / temperatura ambiente / frías.

Semanalmente, ¿encuentra Ud. tiempo para actividades físicas / rutinas de ejercicio? Si es así, por favor describa:

¿Tiene algún pasatiempo? _____

Califique su estrés en una escala de 1 a 10: _____ (1= sin estrés; 10= con mucho estrés)

Experiencias Anteriores

¿Tuvo alguna cirugía / accidente / hospitalización infantil / adolescente? Si es así, describa a con más detalle:

De niño / adolescente, ¿tuvo alguna enfermedad recurrente (gripe estomacal? ¿Bronquitis?
¿Infecciones de oído?)

Como adulto, ¿ha tenido cirugías / accidentes / hospitalizaciones importantes? Si es así, describa a continuación:

Parte II: Pautas clínicas

Pregúntele a un miembro del equipo de Bluebird si tiene alguna pregunta sobre estas pautas.

Para sus citas:

- Intente llegar cinco minutos antes para que tenga tiempo de acomodarse en el espacio antes de su sesión y tomar un té, usar el baño, etc.
- Ponga su telefono en silencio.
- Coma una comida ligera antes de su sesión para evitar tener hambre o cansarse demasiado durante su tratamiento.
- Si viene a una sesión comunitaria: use ropa holgada y cómoda o traiga algo para cambiarse para su cita
- Informa a su practicante si ha tenido algún cambio importante en su salud y / o si ha cambiado los medicamentos y suplementos que enumeró en este formulario.
- Si necesita cambiar o cancelar su cita, comuníquese directamente con su médico. Tenemos servicios clínicos los siete días de la semana, pero solo tenemos servicios administrativos de lunes a viernes. La información de contacto del profesional se puede encontrar en nuestro sitio web.
- Si no puede llegar a su cita, cancele 24 horas antes de la cita o nuestra política de cancelación se aplicará según lo establecido por cada profesional. Tenga en cuenta que el seguro no cubrirá los gastos de cancelación.

Pago de servicios:

- La mayoría de nuestros servicios están en una escala variable para acomodar diferentes niveles de ingresos. La acupuntura comunitaria y la masaje comunitaria ofrecen opciones asequibles.
- La mayoría de nuestros profesionales y pacientes operan en efectivo. Tenga en cuenta que el pago se debe realizar el día de su cita.
- Algunos de nuestros acupunturistas trabajan con seguros. Si tiene seguro, puede llamar y preguntar cuáles son sus beneficios de acupuntura según su plan. Si su seguro tiene cobertura de acupuntura, comprenda que aún es responsable de pagar los copagos, deducibles y coseguros por los servicios de tratamiento según lo requiera su póliza. Al firmar este documento en la página final, autoriza a su compañía de seguros a pagar al profesional por sus tratamientos y servicios. También autoriza la divulgación de información sobre la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de usted (o los de su dependiente) que se brindan solo con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios del seguro.

Parte III: Responsabilidad mutua

Asumimos los siguientes compromisos con nuestros pacientes y clientes:

Como miembros de la comunidad de Bluebird Wellness, estamos comprometidos a proporcionar acupuntura, trabajo corpora sin prejuicios, compasivos, informados sobre traumas y reductores de

daños. Nuestra clínica está abierta a todas las edades, razas, tipos de cuerpo, habilidades, orientaciones sexuales, identidades de clase y género.

Para crear confianza mutua, comprensión y seguridad en nuestra clínica, acordamos responsabilizarnos mutuamente de los siguientes acuerdos:

- Acordamos mutuamente mantener una comunicación honesta y abierta antes y durante la sesión.
- Acordamos mutuamente contactarnos con cualquier pregunta, recordatorio o inquietud.
- Algunos de nuestros servicios se ofrecen en grupo. Acordamos mutuamente usar una voz baja, mantener los teléfonos celulares en silencio y respetar la privacidad y confidencialidad de los demás.
- Acordamos mutuamente que los avances o solicitudes sexuales no son tolerados en nuestro espacio. Incluso la discusión sexual cuestionable puede ser causa de terminación de los servicios. Nuestro trabajo es de naturaleza terapéutica y no pretende ser sexual.
- Respetamos los métodos de automedicación de todos. Para mantener un espacio de práctica seguro, respetuosamente nos pedimos a nosotros mismos, a nuestros pacientes y clientes que nos abstengamos de estar en estado de embriaguez antes de brindar o recibir servicios, ya que esto afecta nuestra capacidad de brindar un tratamiento seguro y nuestra capacidad de recibir su pleno consentimiento. Si hay razones para creer que uno de nuestros profesionales, pacientes o clientes está bajo la influencia del alcohol o las drogas durante una sesión, nos reservamos el derecho de terminar o reprogramar una cita.

Parte IV: Firma

Firme y fecha a continuación para mostrar que ha leído esta documentación y ha completado la verdad lo mejor que pudo.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____