



Integrative Path Therapies, LLC

Estimado/a Paciente,

Gracias por elegir nuestra oficina para sus terapias de acupuntura. Nuestra meta es ofrecer la más alta calidad de atención y servicios para su salud.

Mi nombre es Gisela Herrera Pardo. Soy un médico de acupuntura. Tengo gran interés en tratar a personas que tienen dolores musculoesqueléticos. Estos incluyen dolor de cuello y espalda baja, así como condiciones más complicadas como fibromialgia, estenosis y hernias de disco que causan dolores crónicos. También ayudo a personas con desbalances emocionales, como ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo leve, y aquellos individuos que sufren una pérdida. Creo que las emociones son un componente clave en la mayoría de las enfermedades. Me gusta guiar a las personas con su nutrición, especialmente porque hay tanta información que se contradice a sí misma.

Adjunto son 3 formularios para que usted llene. Por favor, lleve esto a su cita inicial. Estos formularios incluyen:

1. Formulario de admisión de visita inicial (páginas 2-5)
2. Aviso de políticas de privacidad (páginas 6-7)
3. Arbitraje/consentimiento (páginas 8-9)

Le recomendamos comer al menos dos horas antes de su tratamiento. Cuando llegue a nuestra oficina, por favor avíseme si está nervioso/a por el tratamiento, ya que es común estar ansioso.

Nuestra dirección es 5190 26th Street West, Bradenton, FL 34207, Suite G. ¡Esperamos conocerte!



Sinceramente

Gisela Herrera Pardo, DOM
Médico de acupuntura

Integrative Path Therapies, LLC

Información personal

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Género: M / F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono (día): (_____) _____ - _____

Teléfono (Noche): (_____) _____ - _____

Teléfono (móvil): (_____) _____ - _____



Correo electrónico: _____

¿Quién es su proveedor de atención médica primaria/MD? _____

Ocupación: _____

Fuente de referencia: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Portador de aseguranza: _____

identificación de miembro#: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de grupo #: _____

Queja principal

Por favor, identifique sus **3** principales problemas de salud

1. _____ _____ ¿Cuánto tiempo has tenido este problema? _____	2. _____ _____ ¿Cuánto tiempo has tenido este problema? _____	3. _____ _____ ¿Cuánto tiempo has tenido este problema? _____
--	--	--

- ¿Le han dado un diagnóstico de estos problemas? _____
- ¿Qué otros tratamientos has probado y cuáles fueron los resultados? _____

Historia Clínica Personal (Por favor incluya su historial desde niñez)

Enfermedades	
Cirugías	
Trauma significativo (es decir, accidentes automovilísticos, fracturas, etc.)	
¿Tiene antecedentes de enfermedades infecciosas actuales o pasadas? Por favor describa	
Medicamentos (por favor enumere todos los medicamentos, hierbas, vitaminas y medicamentos de venta libre)	
Alergias/Sensibilidades (Por favor enumere cualquier alimento, medicamento, medicamento o factores ambientales a los que sea sensible o alérgico)	

General (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Fácil de sangrar o magullar |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Antojos | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Sed fuerte | <input type="checkbox"/> Dormir mal | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Caídas repentinas de energía |
| <input type="checkbox"/> Mal equilibrio | <input type="checkbox"/> Sudor fácilmente | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Otros: |

Piel y cabello

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erupciones | <input type="checkbox"/> Colmenas | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Caspa | <input type="checkbox"/> Lunares recientes |
| <input type="checkbox"/> Úlceras de la piel | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Granos | <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello | <input type="checkbox"/> Otros: |

Cabeza, Ojos, Orejas, Nariz y Garganta

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas de olor | <input type="checkbox"/> Manchas frente a los ojos |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Dolor recurrente de garganta |
| <input type="checkbox"/> Tensión ocular/dolor | <input type="checkbox"/> Conmociones cerebrales | <input type="checkbox"/> Problemas de sabor | <input type="checkbox"/> Dolores de oído | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Llagas en el labio o la lengua | <input type="checkbox"/> Anillamiento de orejas | |
| <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Dolor facial | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales | <input type="checkbox"/> Mala audición | |

Cardiovascular

- Presión arterial alta
- Manos o pies fríos
- Hinchazón de las manos
- Flebitis
- Presión arterial baja
- Coágulos de sangre
- Hinchazón de los pies
- Desmayo
- Latido irregular del corazón
- Palpitaciones
- Dolor en el pecho
- Cabeza de luz
- Otros:

Respiratorio

- Tos
- Neumonía
- Flema
- Respiración dolorosa
- Asma
- Sinusitis
- Bronquitis
- Dificultad para respirar
- Toser sangre
- Otros:

Gastro-Intestinal

- Náuseas
- Estreñimiento
- Diarrea ▶ Diarrea
- Mal aliento
- Úlceras
- Dolor abdominal
- Uso laxante crónico
- Vómitos
- Gas intestinal
- Indigestión
- Dolor rectal
- Eructo frecuente
- sangre en heces
- Hemorroides
- Otros:

Urología

- Dolor al orinar
- Micción frecuente
- Micción nocturna frecuente
- Disminución del flujo de orina
- Cálculos renales
- Otros:
- Orina nublada
- Enfermedades de transmisión sexual
- Dolor en la zona de la ingle
- Incapaz de contener la orina
- Urgencia de orinar
- Sangre en orina

Neuro-Psicológico

- Convulsiones
- Áreas de entumecimiento
- Depresión
- Espasmos
- Falta de coordinación
- Estrés
- Irritabilidad
- Pérdida de equilibrio
- Cambios de humor
- Mala memoria
- Ansiedad
- Otros:
- Temblores
- Conmoción cerebral

ginecología

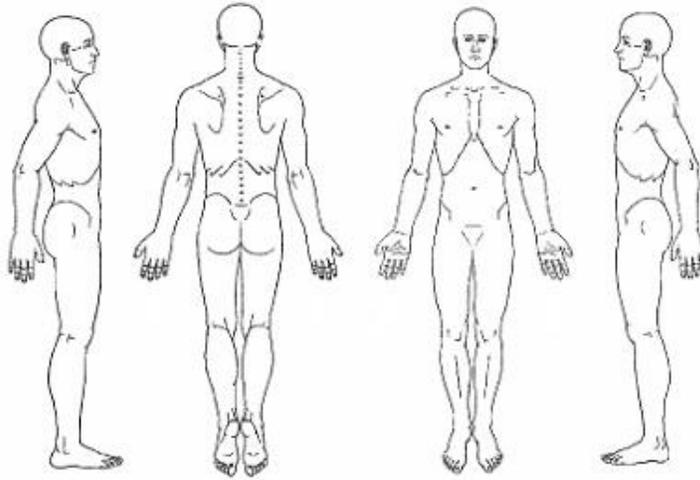
- Períodos irregulares
- Períodos dolorosos
- Detección
- Secreción vaginal
- Síndrome premenstrual
- Coágulos
- Problemas de fertilidad
- Infecciones por levaduras
- Menopáusica
- Bultos mamario

___ Edad de la primera menstruación
 ___ Duración de la mensa
 ___ Fecha de la última menstruación
 ___ # de embarazos
 ___ # de nacimientos

Musculo-Esquelético

- | | | | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Dolor con cambios climáticos | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones débiles | <input type="checkbox"/> Dolor con actividad | <input type="checkbox"/> Dolores al despertar | <input type="checkbox"/> Otros: | |

Por favor, marque cualquier área de dolor o incomodidad:



AUTORIZACIÓN Y PERMISO

Autorizo la divulgación de cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestado durante el período de dicha atención a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al proveedor por cualquier beneficio de seguro. Si se emiten pagos al paciente, el paciente refrendará el cheque al proveedor y se remitirá al proveedor al recibirlos.

Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real de los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos incurridos por los servicios profesionales que se me prestan. También entiendo y acepto que soy responsable de cualquier cargo incurrido en caso de que los procedimientos de cobro sean necesarios para hacer cumplir este acuerdo.

POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDOS

Estaremos encantados de facturar su seguro y aceptaremos su pago; sin embargo, cualquier co-seguro y copago se recogerá en el momento en que se presta el servicio. Cualquier diferencia se incluirá en nuestros estados de cuenta mensuales y se esperan pagos al recibirlos. El pago del servicio vence en el momento en que se prestan los servicios. Cualquier responsabilidad del paciente asignada por su seguro vence inmediatamente después de que sea determinada por su seguro y comunicada por nosotros a través de nuestros estados de cuenta mensuales.

Cancelaciones: Habrá una tarifa de \$25.00 a la cuenta del paciente por cualquier cancelación de última hora. Cualquier cancelación debe realizarse al menos 24 horas antes de su cita.

En caso de no presentarse: Habrá una tarifa de \$50.00 a la cuenta del paciente por citas perdidas. Si un paciente no llega 20 minutos después de su cita, automáticamente se considerará la tarifa.

Todos los cheques devueltos están sujetos a una tarifa adicional de \$35.

He leído y entendido lo anterior.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: X _____



Integrative Path Therapies, LLC

Aviso de prácticas de privacidad

Nuestra clínica protege su información de salud y privacidad

Estimado paciente,

Este aviso describe la política de nuestra oficina sobre cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted, cómo puede obtener acceso a esta información y cómo se protege su privacidad. Su información médica puede ser utilizada y divulgada por su médico de acupuntura, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradas en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica. Su información médica protegida también puede ser utilizada y divulgada para pagar sus facturas de atención médica y para apoyar la operación de la práctica del médico de acupuntura.

Con el fin de mantener el nivel de servicio que usted espera de nuestra oficina, es posible que necesitemos compartir información médica y financiera personal limitada con su compañía de seguros, con compensación del trabajador (y su empleador también en este caso), o con otros médicos que usted autoriza.

Las salvaguardias vigentes en nuestra oficina incluyen:

- Acceso limitado a instalaciones donde se almacena información.
- Políticas y procedimientos para el manejo de la información.
- Requisitos para que terceros cumplan contractualmente con las leyes de privacidad.
- Todos los archivos y registros médicos (incluidos el correo electrónico, el correo ordinario, el teléfono y los faxes enviados) se mantienen en un archivo permanente.

Al administrar su atención médica, recopilamos y mantenemos información que puede incluir información personal pública:

- Acerca de sus transacciones financieras con nosotros (transacciones de facturación).
- Desde su historia clínica, notas de tratamiento, todos los resultados de las pruebas y cualquier carta, fax, correo electrónico o conversación telefónica hacia o desde otros profesionales de la salud.
- De proveedores de atención médica, compañías de seguros, compensación del trabajador y su empleador, y otros administradores de tercera parte (por ejemplo, solicitudes de registros médicos, información de pago de reclamos).

En ciertos estados, es posible que pueda acceder y corregir la información personal que hemos recopilado sobre usted (información que pueda identificarlo, por ejemplo, su nombre, dirección, número de Seguro Social, etc.).

Valoramos nuestra relación y respetamos su derecho a la privacidad. Si tiene preguntas sobre nuestras directrices de privacidad, llámenos durante el horario comercial regular al (941) 896-9328.

Reconocimiento por parte del paciente de las prácticas de privacidad:

Nombre del paciente

Fecha

Firma: paciente o representante

Relación con el paciente (si no es paciente)