

### Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lenguaje primario \_\_\_\_\_  
 El Sexo: M F Número de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ método de contacto preferido: llamada / texto / email  
 Address: \_\_\_\_\_ Suite/Apt # \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Plan de salud primario: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 Suscriptor ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Phone # : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La protección de su privacidad y la información médica es fundamental en el curso de nuestra relación. Es posible que nuestro personal de Harmony Acupuncture necesite usar su nombre, dirección y número de teléfono para comunicarse con usted con recordatorios de citas, hacer un seguimiento después de una cita, brindar información sobre su alternativa de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés. para ti. Si este contacto se hace por teléfono si usted no está disponible, se dejará un mensaje en su contestador automático o con la persona que conteste el teléfono. Es posible que le envíen recordatorios de citas, tarjetas y otra correspondencia a su dirección. Al firmar este formulario, nos autoriza a comunicarnos con usted con estos recordatorios e información.

Háganos saber en persona si desea cambiar sus preferencias.

Además, para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales, creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en esta clínica. Estamos comprometidos a proteger, asegurar y mantener la confidencialidad de su información médica y personal a menos que tengamos su consentimiento por escrito para su divulgación. Sin embargo, hay casos en los que su información médica personal puede ser divulgada sin su consentimiento expreso por escrito de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA); Estos incluyen 1) a petición verbal suya, 2) por incumplimiento de pago, 3) según lo requiera una agencia del gobierno.

Acuerdo financiero Seguro médico: La mayoría de las pólizas de seguro cubren el cuidado de la acupuntura, pero esta oficina no garantiza que la suya sí. Las pólizas de seguro pueden diferir mucho en términos de deducible y porcentaje de cobertura para la atención de acupuntura. Debido a la variación de una póliza de seguro a otra, requerimos que usted, el paciente, sea personalmente responsable del pago de sus deducibles, así como de cualquier saldo impago en esta oficina. Haremos todo lo posible para verificar su cobertura de seguro y facturaremos a su (s) compañía (s) de seguros de manera oportuna.

La mayoría de las pólizas de seguro no cubren el tratamiento con ventosas, por lo que si recibe un tratamiento con ventosas, se agregarán \$ 30 a su copago.

Divulgación de información: Si su compañía de seguros requiere informes médicos para documentar su tratamiento y progreso, su firma a continuación autoriza la divulgación de la información médica necesaria para procesar su reclamo.

Cancelaciones de citas: Cuando reserva su cita, tiene un espacio en nuestro calendario que ya no está disponible para nuestros otros pacientes. Para ser respetuoso con sus compañeros pacientes, llame a nuestra oficina tan pronto como sepa que no podrá hacer su cita.

Si es necesaria una cancelación, requerimos que llame con al menos 24 horas de anticipación. Las citas tienen una gran demanda y su aviso anticipado permitirá que otro paciente acceda a ese horario.

Cancelaciones tardías / No presentaciones: Una cancelación se considera tardía cuando la cita se cancela menos de 6 horas antes de la hora señalada. Una no presentación es cuando un paciente falta a una cita sin cancelarla. En cualquier caso, le cobraremos al paciente una tarifa de \$ 50 por la cita perdida.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Consentimiento informado para la acupuntura y la medicina oriental

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para que Agatha Suk, L.Ac.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, entre otros: acupuntura; moxibustión; utilización de tazas; gua'sha (terapia de raspado); retención de la aguja; tuina (manipulación china); estimulación eléctrica, láser y / o magnética; micropunción (terapia de hemorragia leve); palpación de diagnóstico en varias áreas de mi cuerpo; medicina herbaria; y asesoramiento nutricional y / o de estilo de vida.

Entiendo y estoy informado que en la práctica de la Medicina Oriental, como en la práctica de la medicina alopática, existen algunos efectos secundarios y / o riesgos del tratamiento; Entiendo que aunque es poco probable que ocurran, son posibles. Algunos de estos efectos incluyen, pero no se limitan a: sangrado; hematomas, entumecimiento, hormigueo, dolor u otra sensación fuerte en el lugar donde se inserta una aguja o irradia desde ese lugar; agravamiento de los síntomas actuales; aparición de nuevos síntomas; dolores generales o mareos. Los moretones son un efecto secundario común de la gua'sha y las ventosas. Las quemaduras y / o cicatrices son un riesgo potencial de moxibustión y ventosas. Los riesgos inusuales de la acupuntura incluyen infección o dolor en los nervios, aunque el acupunturista usa agujas estériles, desechables y de un solo uso y mantiene un ambiente limpio y seguro. Los riesgos muy inusuales incluyen la punción de órganos, incluido el neumotórax (pulmón perforado) y el aborto espontáneo. Entiendo que si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios y riesgos.

Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar el procedimiento de diagnóstico o tratamiento propuesto, o cualquier parte del mismo, en cualquier momento antes o durante el diagnóstico o tratamiento.

Las hierbas chinas y occidentales (que se derivan de fuentes vegetales, animales y minerales) que se recomiendan tradicionalmente se consideran seguras en la práctica de la medicina herbal, aunque algunas pueden ser tóxicas en grandes dosis. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son náuseas, gases, dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza, erupciones cutáneas y hormigueo en la lengua; Algunos posibles efectos secundarios de la aplicación de cremas, linimentos, ungüentos y emplastos tópicos son erupciones cutáneas, urticaria y hormigueo en la piel. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo y notificaré inmediatamente al acupunturista si sé o sospecho que estoy embarazada. Además, notificaré inmediatamente al acupunturista de cualquier efecto desagradable o imprevisto asociado con el consumo o la aplicación de cualquier hierba china. No espero que el (los) acupunturista (s) puedan anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en que el (los) acupunturista (s) ejercerá tal juicio basado en los hechos conocidos, durante el curso de mi tratamiento. tratamiento, para ser lo mejor para mí. Entiendo que los resultados no están garantizados. Al firmar voluntariamente a continuación, demuestro que he leído, o me han leído, el consentimiento para el tratamiento anterior, que me han informado sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos de acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección de los muebles para los que busque tratamiento en esta clínica.

---

Nombre del paciente (impreso)

---

Representante / Tutor legal

---

Firma del paciente o tutor legal

---

Fecha

---

## Autorización y cesión

**Tengo entendido que si me convierto en paciente de esta oficina, acepto lo siguiente:**

### Autorización para divulgar información

Le autorizo a divulgar cualquier información que considere apropiada para mi condición a cualquier seguro, abogado o ajustador a fin de recibir el reembolso de los cargos incurridos por mí como resultado de los servicios prestados por usted profesionalmente.

### Autorización para pagar directamente al practicante

Autorizo el pago directo al médico de cualquier suma que adeude o en el futuro de cualquier compañía de seguros que esté obligada a reembolsarme los cargos incurridos en la oficina del médico en parte o en su totalidad / oa mi abogado de los ingresos de mi acuerdo. Se acepta una fotocopia de este formulario para el pago.

### Asignación de causa Acción

Por la presente, cedo y doy al médico el derecho de tomar contra cualquier compañía de seguros que esté obligada por contrato a hacerme el pago. Le autorizo a tomar medidas en mi nombre para resolver este reclamo. Se entiende que se harán todos los esfuerzos razonables para cobrar a la compañía de seguros antes de que yo sea responsable de esta factura. Entiendo que cualquier cantidad que no se cobre a la compañía de seguros se convierte en mi responsabilidad y debo pagarla lo antes posible.

---

**Nombre del paciente (impreso)**

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**