

Distinct Touch Formulario de Admisión del Cliente

© 2013 Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc. All rights reserved.

Nombre, Segundo Nombre, Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número del teléfono de la casa: _____ Celular _____

De licencia de conducir: _____

La información que nos provee ayudara a su Doctora hacer un acceso de su salud para determinar el mejor Procedimiento que asista sus necesidades. Toda la información se mantiene confidencial. Cada año, nos gustaría mantener al día con la historia de salud e información física de todos nuestros clientes.

NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Ha sufrido una herida/accidente de auto? Describa y fechas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Por favor lista de alergias:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	El asma? Lista de medicinas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabetes? Lista de medicinas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza? Con que frecuencia? Lista de medicinas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alta presión de la sangre? Lista de medicinas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Artritis Describa y Lista de medicinas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tiene Cándida(hongos)? Cuanto tiempo?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Sufre de diarrea? Describa:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Sufre estreñimiento? Frecuencia/Describe:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Insomnio? Cuanto tiempo?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Gastritis?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cirugías? Describe y fechas:
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Embarazada? Cuantos meses?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Come usted carne de cerdo? Con que frecuencia?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Toma usted café? Cuantas tazas al día?
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Toma usted sodas? Regular/de Dieta? (circule uno) Cuantos al día?

Ha tenido Terapia de Hidrocolon (Lavado Interno del Colon)? La ultima fecha? _____

Distinct Touch Formulario de Admisión del Cliente

Fechas de hospitalización _____

¿Alguna vez te has desmayado? ¿Fechas? _____

Otros comentarios: _____

Describe por favor la razón de su visita hoy. Por cuánto tiempo le ha molestado su condición?

Escriba por favor los medicamentos con la dosis de cada uno y las razones por lo cual las toma (si necesita otra hoja de papel pida por favor por otra)

Escriba las vitaminas y suplementos que usted toma, cantidad y por que los toma:

Yo entiendo que la información anotada es cierta y reciente. Entiendo que Distinct Touch solamente me ayudara a evaluar a mi salud. No me harán un diagnóstico.

Entiendo que Distinct Touch no reemplazara a mi Doctor(a) regular. No seré diagnosticado(a). Esta información oral y verbal se mantendrá confidencial y privada. Entiendo que voy a tener que firmar un documento antes de compartir cualquier información con cualquier persona familiar, profesionales, médicos(as), compañías de seguros u organizaciones.

Estoy de acuerdo que pagare todas las facturas en completo a la hora del servicio _____ (Iniciales por favor). Cualquier cheques personales hechos que se devuelvan por el banco a NSF le serán aplicado un impuesto de \$35.00 por cada transacción _____ (Iniciales por favor). Cualquier impuesto legal será mi responsabilidad _____ (Iniciales por favor).

Firma: _____ Fecha: _____

**Noticia Diseñado a Cumplir con la Ley De Protección Al Consumidor
Sobre la Salud Natural de Colorado Como Fue Promulgado
en SB 13-215 firmado dentro de La Ley de Colorado El 5 de Junio, 2013**

Olivia Valenzuela,
Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.

3910 S. Carefree Cir, Suite B
Colorado Springs CO 80917
719.471.3535

7850 Vance Dr, Suite 160
Arvada CO 80003
303.463.3306

Servicios sobre la Terapia del Hidrocolon provistos en esta oficina y el individuo que aplica la terapia del Hidrocolon es SOLAMENTE una terapeuta para aplicarse el Hidrocolon, no es un doctor). Esto significa que ella(os) no podrá (an):

- A. NO hay Médicos licenciados en este centro y la persona que aplica la Terapia de Hidrocolon es SOLAMENTE un practicante terapeuta del Hidrocolon, ellos no son médicos. Esto significa y implica que ellos no podrán ni harán:
- (1) Realiza procedimientos quirúrgicos o cualquier otro procedimiento invasivo, incluyendo un procedimiento que se requiere perforación dentro del cuerpo, incisión, mucosa, u otro método intrusivo.
 - (2) Administrar o prescribir rayos X radiación a cualquier persona.
 - (3) Administrar o prescribir, recetar, inyectar, dispensar, sugerir, o recomendar una prescripción, droga, o sustancia controlada, o aparato identificado en el Acto Federal "Sustancias Controladas Acto" 21 U.S.C. Sec. 801 Et. Seq., emendadas.
 - (4) Uso de anestésicos generales, tópicos o espinales.
 - (5) Uso de un instrumento como laser u otro aparato que puede perforar la piel.
 - (6) Practicar partería.
 - (7) Practicar psicoterapia.
 - (8) Practicar la manipulación, movilización o ajuste espinal.
 - (9) Proveer procedimientos o intervenciones optométricas como practica de optometría.
 - (10) Administrar directamente protocolos a una mujer embarazada o cliente que tiene cáncer.
 - (11) Tratar a un menor de 18 años.
 - (12) Proveer procedimientos dentales o intervenciones que constituyen como practica dental.
 - (13) Remediar fracturas.
 - (14) Proveer terapia de masaje corporal o muscular del cuerpo humano.

- (15) Diagnosticar a una persona por una condición medicinal o enfermedad.
 - (16) Recomendar la discontinuación de un procedimiento de cuidado del paciente incluyendo la discontinuación de prescripciones recetadas por el médico.
 - (17) Indicarse que usted es un medico, cirujano o implica a un paciente que usted es un(a) profesional de la salud autorizado, certificado u registrado por El Estado.
- B. La Terapia Hidrocolon es un procedimiento alternativo o complementario a los servicios en las artes de la salud natural.
- C. Los servicios de La Terapia Hidrocolon y la Terapista que provee los servicios NO son autorizados por el Estado de Colorado.
- D. Dos servicios de la terapia de Hidrocolon incluye los siguientes procedimientos:
- (1) El cliente tendrá que insertar y retraer el especulo.
 - (2) Agua tibia (temperatura y la presión controlada y regulada) entrara en el intestino mayor para ablandar las heces fecales que serán liberadas por la peristálsis por la alcantarilla.
 - (3) Le mantendremos siempre su dignidad y modestia.
 - (4) La sesión en la mesa durara aproximadamente unos 30-45 minutos.
 - (5) Tengo aseguranza Profesional específica para Terapia de Hidrocolon.
- E. La teoría de la práctica de la terapia de Hidrocolon es más que nada historial que científica por la razón de que no hay pruebas medicas para evaluar su efectividad de esta práctica. Se describe que fue practicada hace miles de años en el pasado comenzando con el enema y ahora se ha desarrollado en la terapia de Hidrocolon. El entendimiento natural indica que el cuerpo reciba hidratación por medio del intestino mayor (el colon) para aumentar la salud de los individuos cuando son estables de salud y sin contraindicaciones de la salud. Muchas personas reportan que se sienten mejores después del tratamiento de la terapia del Hidrocolon: tal ves por la emisión de heces fecales o la hidratación/ o las dos.
- F. Por el otro lado, hay un aumento de doctores practicantes que creen en la autointoxicacion, y que un intestino flojo deja que el cuerpo reabsorba las toxinas desde el intestino mayor. Esta teoría puede o no tener validez dependiendo a quien escucha, pero nosotros sabemos que hay un aumento de toxinas en nuestro ambiente natural y es lógico desechar las toxinas para mejorar la salud si es posible de nosotros mismos tendrá algún valor.

Yo, Olivia Valenzuela, he sido entrenada por el 1-Acta y seguiré las directrices del 1-Acta. Yo soy un miembro del 1-Acta y la NBCHT, y presentemente estoy certificada por la 1-Acta al Nivel Avanzada por 15 años, y he estado en mi práctica desde el año 1997. Puede validar esta información con la oficina del 1-Acta o llamar al # (210) 366-2888 o puede contactar el sitio del web a www.1-act.org en la sección de referencias.

Yo, el cliente, estoy de acuerdo que he leído la información mencionada arriba y fue dada una copia de estos documentos. Esta información fue provista a mi en mi lenguaje para mi entendimiento. Este documento se mantendrá al día por lo menos dos años después de la última fecha de los servicios.

Olivia Valenzuela,
Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.

3910 S. Carefree Cir, Suite B
Colorado Springs CO 80917
719.471.3535

7850 Vance Dr., Suite 160
Arvada CO 80003
303.463.3306

Nombre del Cliente Imprimido _____ Fecha _____

Nombre Firmado _____ Fecha _____

****Todos los Clientes deben, leer, entender, ponerse de acuerdo con la información y firmar este documento****

Declaración de Divulgación del Médico de Medicina Natural Y Consentimiento para el Tratamiento

Nombre, Domicilio, y Numero del Teléfono del Médico de medicina natural:

Olivia Valenzuela,
Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.

3910 S. Carefree Cir, Suite B
Colorado Springs CO 80917
719.471.3535

7850 Vance Dr, Suite 160
Arvada CO 80003
303.463.3306

La naturaleza de los servicios que el Médico Natural en Medicinas proveerá: _____

Los Doctores (Médicos) de medicina natural serán registrados en otros estados. La Dra. Olivia Valenzuela, BD, DVM, no está registrada en el Estado de Colorado como Doctora de Medicina Natural. La Dra. Olivia Valenzuela está certificada por el (ANMA) American Medical Asociación y tiene sus títulos doctorales del Instituto de Medicinas Bioenergéticas por lo cual se le titula Doctora de Medicinas Naturales (DNM) y Doctora de Medicina Bioenergéticas (BD).

Quejas contra esta doctora pueden serse escritas y mandadas a la Oficina de Naturalpathic Doctor Registration. Para obtener una forma de quejas, favor de contactar a la Division al número (303)894-7414 o puede encontrar más información en http://www.dora.state.co.us/reg_investigations/file_complaint.htm

Médicos de Medicina Natural son registrados por el estado para practicar medicina natural bajo la ley "Naturalpathic Act." Ellos no son permitidos a practicar los siguientes procedimientos:

- Prescribir, recetar, dispensar, administrar o inyectar cualquier medicamento o aparatos excepto el epinephrine por reacciones severas y anticonceptivos de barrera.
- Realizar procedimientos quirúrgicos, incluyendo procedimientos quirúrgicos usando laser.
- El uso de anestesia general o anestesia espinal. Con la excepción del uso de anestesia tópico.
- Administrar sustancias radioactivas para razones terapéuticas.
- Dar tratamiento a un niño menor de dos años de edad.
- Dar tratamiento a un niño mayor de dos años de edad, y menor de ocho años de edad, a menos que:

- (1) Este documento este completamente llenado y firmado.
- (2) Documentación de vacunas del comité de consejero de prácticas sobre la salud y centros de enfermedades y prevenciones del Departamento de la Salud y Servicios Humanos Federales se provee a los padres o guardianes con esta forma.
- (3) Con una liberación de información se provee por los padres o guardianes pidiendo permiso a intercambiar información con el Médico licenciado de la salud del niño, si el niño tiene alguno.

- La práctica de cirugía, medicina, u otra forma de curación con la excepción de Medicina Natural.
- Practicar obstetricia.

- Realizar servicios quiroprácticos (manipulaciones espinales, o movilización). Medicina física, explicado en Título 12-37.3-102(12)(b), C.R.S., es permitido.
- Recomendar la discontinuación de tratamiento de salud, incluyendo medicamentos recetados por otro Doctor o profesional de la salud licenciado por el Estado de Colorado, a menos que el Médico de Medicina Natural consulto primeramente con el Doctor General de la salud del cliente.

Aunque Dra. Olivia Valenzuela, BD, DVM, no es una Doctora de Medicinas Naturales regulada por el Acto del Médico Natural, Dra. Olivia Valenzuela BD, DVM, es una Doctora de Medicinas Naturales ligada por y gobernada por este Acto (Ley).

Declaración de Divulgación

(Debe ser completado por el Doctor)

- (1) Yo, Dra. Olivia Valenzuela, BD, DVM, no soy una Doctora de medicinas naturales registrada bajo el Título 12, Artículo 37.3 de los Estatutos de Colorado Revisados.
- (2) Yo no soy una Doctora de Medicinas o Medica licenciada bajo el Título 12, Artículo 36, de los Estatutos de Colorado Revisados.
- (3) Yo recomiendo que el paciente mencionado debajo tendrá su propio(a) Doctor(a) licenciado(a), o si el paciente es un menor entre los edades de dos a siete, debe tener un Doctor pediátrico.
- (4) Si el/la paciente es entre dos a siete años de edad, Yo recomiendo es la responsabilidad de los padres/guardianes mantendrán un horario regular de vacunas para sus hijos. Una copia de estas vacunas deben serse entregadas con nosotros antes de la cita con la doctora.
- (5) Si el/la paciente tiene su propio Doctor(a) general o pediátrico licenciado de la salud, yo tratare de desarrollar y mantenerse una relación colaborativa con el doctor o pediatra. Para permitir esto, el paciente(o padres/guardianes de los pacientes menores de edad) tendrán que llenar y firmar otra forma separada para dar permiso de liberar e intercambiar información pertinente con su doctor licenciado o pediátrico licenciado.

Dra. Olivia Valenzuela, BD, DVM,

Fecha

Reconocimiento y Consentimiento para Tratamiento

(Debe ser completado por el paciente adulto/ o adulto/guardián si el/la paciente es un menor)

Yo, _____ (Imprima el nombre del paciente, o si es un menor, el nombre del padre/guardián), ponerse de acuerdo con la declaración mencionada arriba y dar su consentimiento informado por tratamiento para (circule uno) yo mismo o mi niño.

_____ (Imprima el nombre del paciente) por la Doctora de Medicinas Naturales mencionada arriba.

Marque una por favor:

El paciente no si tiene Medico profesional licenciado.

Nombre, domicilio, # del teléfono del Médico o Pediátrico licenciado.

Firma del Paciente/ Padre o Guardián

Fecha

(Esta forma debe ser llenada y firmada antes de iniciar la primera cita del paciente. Si esta forma fue alterada, la forma proporcionada al paciente debe tener toda la información detallada en esta forma, y cumplirse con las reglas de los Titulos 12-37.3-105(2)(f), (3)(b), y 12-37.3-111, C.R.S., y todas las otras leyes que aplican a los Doctores de Medicinas Naturales.)

Nombramiento para la Liberación de Información Medica A un Miembro Familiar, Amistad o Representante Legal

Es la responsabilidad de *Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.*, asegurar que la relación entre Doctor-paciente se mantenga confidencial. Entendemos que a veces cuando Ustedes, los pacientes, desean a otra persona que sea informada o considerar de su condición médica. La Dra. Olivia Valenzuela, BD, DVM, y su personal desean que usted pueda elegir o nombrar a una persona a quien desean que se le hable sobre sus condiciones médicas. Para permitir eso, necesitaremos que llene la forma debajo. Por favor tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Solamente una persona puede ser designada a cumplir este requisito.
- La designación es válida hasta que usted la cancele por escrito.
- Si no va usted a designar a alguien, *Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.* no liberara ninguna información a cualquier miembro familiar, amistad, o representante legal.

Nombramiento Familiar, Amistad, Representante legal:

Yo, _____, designo a la siguiente persona para poder hablar con el Medico en *Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.*, u otro personal de este, si es necesario, como representante de mi. Doy mi permiso a *Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.*, por medio de sus doctores y personal a divulgar al designado cualquier información pertinente a mis condiciones médicas, necesidades médicas o estado financiero y cuenta. Liberare responsabilidad a sus doctores, miembros, y personal, de cualquier reclamación de responsabilidad de confidencialidad en conexión de la liberación de esta información.

Nombre de la Persona Designada: _____

Relación: _____ Teléfono _____
(Por favor de proveer los dos números de casa/trabajo y celular)

Nombre del Cliente: _____

De licencia de conducir # _____

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

Me Niego el derecho de nominar a otro miembro Familiar, Amistad o Representante a hablar con mi medico u otro miembro del personal del médico.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

Distinct Touch, The Bodywork Center, Inc.

