



we the people  
community  
acupuncture

505-982-3711  
1406 Second Street  
Santa Fe, New Mexico 87505  
weacupuncture.com

**“WE THE PEOPLE COMMUNITY ACUPUNCTURE” HACE TODO LO QUE PUEDE PARA CUIDARTE Y PARA ASEGURAR QUE LOS PRECIOS SON TAN BAJOS COMO SEA POSIBLE.**

**PEDIMOS CON RESPETO QUE USTED SIGUA LOS REQUISITOS ABAJO**

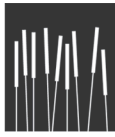
- USTED TIENE QUE PAGAR PARA SU CITA EL MISMO DÍA DE SU VISITA.
- COBRAMOS \$10.00 SI SU CHEQUE SE DEVUELVE POR EL BANCO POR FALTA DE FONDO.
- USTED TIENE QUE AVISARNOS 24 HORAS POR ADELANTADO CANCELAR SU CITA O CAMBIARLA.

GRACIAS POR ENTENDER,

“WE THE PEOPLE COMMUNITY ACCUPUNTURE”

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE (INPRENTA) \_\_\_\_\_



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DE CONTACTO
<p>Fecha _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p> <p>Edad _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>Occupación _____</p> <p>Nombre de la compañía en que usted trabaja _____</p> <p>Nombre de su doctor _____</p> <p>Número de teléfono del doctor _____</p> <p>Cómo escuchó usted de ésta clínica? _____</p>	<p>Número de teléfono (casa) _____</p> <p>Número de teléfono (trabajo) _____</p> <p>Otro/Celular _____</p> <p>Email _____</p> <p>Otra persona que podamos contactar:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Número de teléfono (casa) _____</p> <p>Número de teléfono (trabajo) _____</p>

HISTORIA DE SALUD	
<p>¿Cuáles son sus preocupaciones principales (razones por las que usted vino a la clínica)?</p> <p>1- _____</p> <p>2 - _____</p> <p>3 - _____</p> <p>¿Duerme usted bien? _____</p> <p>¿Cómo está su digestión? _____</p> <p>Haz una lista de los medicamentos y vitaminas que usted está tomando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Haz una lista de las enfermedades, accidentes y operaciones que usted ha tenido.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuáles enfermedades ha tenido alguien en su familia?</p> <p>___ Diabetes ___ Arterial presión alta ___ Embolia</p> <p>___ Cancer ___ Enfermedad del corazón</p> <p>___ Enfermedad de los riñones</p>	<p>¿Cuáles síntomas usted ha tenido durante este año?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Depresión</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad en enfocarse</li> <li><input type="checkbox"/> Mareo</li> <li><input type="checkbox"/> Se asusta muy rápido</li> <li><input type="checkbox"/> Preocupaciones excesivas</li> <li><input type="checkbox"/> Estar excesivamente enojado/a</li> <li><input type="checkbox"/> Estar excesivamente miedoso/a</li> <li><input type="checkbox"/> Cansancio/fatiga</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de sueño o dormir bien</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida/Aumento</li> <li><input type="checkbox"/> Estar muy nervioso/a</li> <li><input type="checkbox"/> Abrumado por la vida</li> </ul> <p>Marqué las condiciones que usted tiene o ha tenido en el pasado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIDA</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias</li> <li><input type="checkbox"/> Anemia</li> <li><input type="checkbox"/> Artritis</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas con la sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Masa o bolitas en un seno</li> <li><input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> </ul> <p>¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted tuvo una evaluación médica? _____</p>

**HISTORIA DEL SALUD CONTINUACIÓN**

Marquè las simptomias que usted ha tenido durante éste año:

**Musculos/Articulaciones/Huesos**

- Temblores o calambres
- Articulaciones hinchadas

Dolor, Debilidad o Entumecimiento de:

- Los brazos o las caderas
- La espalda
- Las piernas
- Los pies
- El cuello
- Las manos
- Los hombros
- Otro \_\_\_\_\_

**OJOS/OREJAS/GARGANTA/VIAS**

- El asma
- Problemas con la vista
- Dificultad al respirar
- Dolor de los oidos
- Las glándulas ampliadas
- Dolor de los ojos
- Gripe frecuente
- Ronquera
- Problemas con las encías
- Sangrando por la nariz
- Pérdida de la audición
- Toz persistente
- Zumbido en los oidos
- Problemas de los senos paranasales

**PIEL**

- Forúnculos en la piel
- Moretones
- Piel seca
- Picazón/erupciones en la piel
- Piel sensible
- Llagas en la piel
- Sudor exesivo

**GENITALES/URINARIO**

- Sangre en la orina
- Urinación frecuente
- Inability to control urine
- Infección de los riñones o piedras
- Bajo libido

**CARDIOVASCULO**

- Dolor en el pecho
- Endurecimiento de las arterias
- Pressión arterial baja o alta
- Dolor en el corazón
- Mala circulación
- Ataque al corazón (en el pasado)
- Latidos irregulares del corazón
- Hinchazón de los tobillos

**GASTROINTESTINAL**

- Eructar/gas
- Problemas con el colon
- Constipación
- Diarrea
- Dificultad al tragar
- Distención del abdomen
- Hambre excesivo
- Problemas con la vesícula
- Hemorroides
- Indigestión
- Náuseas
- Dolor de estómago
- Mal apetito
- Vomitar

**MARQUÉ SI ES APLICABLE**

- Dificultades en la erección (hombres)
- Secreciones del pene (hombres)
- Problemas con la prostata (hombres)
- No sangre durante su menstruación (mujeres)
- Coágulos de sangre en la menstruación (mujeres)
- Sangre excesiva durante la menstruación (mujeres)
- Dolor colicos durante la menstruación
- Menstruaciones irregulares
- Síntomas de menopausia
- Síntomas pre-menstruales
- Mal parto
- Muy poca sangre con la menstruación

¿Es posible que usted está embarazada? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted hijos? \_\_\_\_\_

Sus edades \_\_\_\_\_

**FIRMA**

La información dado es lo más corecta posible

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Consentimiento

La acupuntura significa el estímulo de un cierto punto o puntos sobre de la superficie del cuerpo, por la inserción de agujas especiales. Usamos cada aguja una sola vez. El proposito de la acupuntura es prevenir o modificar la percepción del dolor. Es una forma del control del dolor. Además, la acupuntura puede tratar a ciertas enfermedades o disfunciones porque ayuda a normalizar las funciones fisiologicas del cuerpo.

### Los Posibles Riesgos

Es posible tener un poquito de dolor o malestar en el sitio donde estuvo la aguja. También son posibles: moretones, infecciones (muy raras), debilidad, desmayo o agravamiento de síntomas que existían antes de su visita a la clinica.

### Si usted tiene una de las siguientes condiciones, por favor anotálas abajo:

- \* Está embarazada
- \* Problemas con la sangre
- \* Tiene un marcapaso
- \* Presión arterial alta
- \* Infecciones de la piel
- \* Uso de los medacamientos para evitar la coagulación

### Si usted tiene algunas de las condiciones anteriormente mencionadas, anotálas abajo:

---

---

### Los posibles beneficios:

Es posible que la acupuntura puede curar sus síntomas sin medicamento. También, la acupuntura puede mejorar el equilibrio de las energias del cuerpo, prevenir las enfermedades y eliminar problemas medicos. No hay una garantía absoluta con ningun modo de tratamiento medico.

### Yo doy mi consentimiento voluntario que me traten con la acupuntura

---

Firma del paciente

fecha

## **¿Cuánto costará mi visita?**

Usamos un metodo en que usted decide cuanto puede pagar entre dos cantidades especificas.

- La primera visita costará entre \$25 a \$50 (usted decide).
- Las otras visitas costarán entre \$15 a \$40 (usted decide).

Los precios flexibles son para ayudarle a usted a venir cuando lo necesite, porque sabemos que así la acupuntura funciona mejor. No tenemos otra fuente de financiamiento. Estamos orgullosos que “We the People Community Acupuncture” es un negocio apoyado por los clientes.

Espero que usted este cómodo con nuestra manera de cobrar. Pregúntenos si usted tiene preguntas.