



FIVE BRANCHES UNIVERSITY

CLÍNICA DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA

CLÍNICA DE SANTA CRUZ

200 SEVENTH AVENUE, STE. 115, SANTA CRUZ, CA 95062

TE: (831) 476-8211 FAX: (831) 476-8088

CLÍNICA DE SAN JOSE

3031 TISCH WAY, STE 5PW, SAN JOSE, CA 95128

TE: (408) 260-8868 FAX: (408) 260-8889

Bienvenidos a la clínica de Five Branches University. Para ayudarnos a brindarle la mejor atención, complete este formulario detenidamente. Toda la información será confidencial.

Nombre: Name _____

Primer nombre First

Inicial del segundo nombre Middle

Apellido Last

Domicilio Address: _____

Calle Street

Ciudad City

Estado State

Código Postal Zipcode

Teléfono de la casa Home: _____ Teléfono celular/del trabajo Work/Cell: _____

¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento Birth Date: ____/____/____ Edad Age: ____ Lugar de nacimiento Place of Birth: _____

Mes Dia Año

Estado Civil Marital Status: ☐ Soltero/a Single ☐ Casado/a Married ☐ Otro Other Sexo Sex: ☐ Femenino F ☐ Masculino M

Contacto en caso de emergencia Emergency Contact: _____

Nombre Name

Parentesco Relationship

Teléfono Tel.

¿Cómo supo Ud. de la Clínica de Five Branches? _____

¿Tiene el Medi-Cal? Do you have Medi-Cal? ☐ Sí Yes ☐ No (Esta clínica sólo cobra a Central Coast Alliance)

¿Tiene seguro medico particular? Do you have Private Insurance? ☐ Sí Yes ☐ No

Si lo tiene, complete el formulario de verificación de seguro. If yes, please fill out our Insurance Verification Form

Normas de la oficina:

Se exige pagar los cargos de la visita al realizar el tratamiento a menos que haya un acuerdo entre la clínica y su compañía de seguros. La clínica cobrará a su compañía de seguros si ésta cubre la atención de acupuntura y/o la medicina china tradicional. En el caso de que la compañía de seguros no acepte reembolsar todos los cargos, se le notificará a usted para que nos pague la cantidad que se adeuda. Los precios publicados ya están ajustados para que reflejen el descuento por los pagos al contado.

Si va a cancelar una cita, para evitar cualquier cargo avísenos con más de 24 horas de anticipación.

◆ Autorizo a la clínica de Five Branches University a brindarme el tratamiento de acupuntura y medicamentos a base de hierbas chinas dentro del permiso aprobado por el Comité de Garantía de Calidad Médica (Medical Quality Assurance Board) del estado de California y por el Comité de Acupuntura de California (California Acupuncture Committee).

◆ Entiendo que el acupunturista no podrá explicarme, ni vaya a saber, todos los riesgos del tratamiento; sin embargo estoy de acuerdo a seguir los consejos del acupunturista sabiendo que el/ella me va a cuidar en función de los hechos conocidos y haciendo lo que considere que me beneficiará mas.

◆ Entiendo que esta hoja de consentimiento seguirá en vigor durante todo el tiempo que reciba tratamiento, actualmente o en el futuro.

◆ Autorizo que se revele la información médica necesaria para procesar la reclamación del seguro y entiendo que se utilice la información médica personal por parte de la clínica de Five Branches sólo para proporcionarme los tratamientos y/o para obtener el pago de los cargos.

◆ Reconozco haber recibido una notificación de las normas de privacidad de la clínica de Five Branches.

Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente, padre o tutor) (Patient, Parent or Gaurdian)

Date

ANTECEDENTES MÉDICOS /Medical History: Marque lo que corresponda tanto hora o en el pasado.

	Hoy/ Pasado (Current/Past)	Hoy/ Pasado	Hoy/ Pasado
Artritis <i>Arthritis</i>	☐ ☐ Fatiga crónica <i>Chronic Fatigue</i>	☐ ☐ VIH (SIDA) <i>HIV +</i>	☐ ☐
Aborto intencional <i>Abortion</i>	☐ ☐ Diabetes	☐ ☐ Hipoglicemia <i>Hypoglycemia</i>	☐ ☐
Alergias <i>Allergies</i>	☐ ☐ Especifique el tipo: _____	Lesiones <i>Injuries</i>	☐ ☐
Especifique el tipo: _____	Trastornos digestivos <i>Digestive Disorders</i>	☐ ☐ Insomnio <i>Insomnia</i>	☐ ☐
Anemia	☐ ☐ Enfisema <i>Emphysema</i>	☐ ☐ Embarazo irregular <i>Irregular Pregnancy</i>	☐ ☐
Asma <i>Asthma</i>	☐ ☐ Epilepsia <i>Epilepsy</i>	☐ ☐ Menstruación irregular <i>Irregular Menstruation</i>	☐ ☐
Tendencia a sangrar <i>Bleeding Tendency</i>	☐ ☐ Dolores de cabeza <i>Headaches</i>	☐ ☐ Trastornos psicológicos <i>Psychological Disorders</i>	☐ ☐
Presión arterial alta <i>Blood Pressure-High</i>	☐ ☐ Enfermedad del corazón <i>Heart Disease</i>	☐ ☐ Cirugía <i>Surgery</i>	☐ ☐
Presión arterial baja <i>Blood Pressure-Low</i>	☐ ☐ Hepatitis <i>Specify Type</i> A____ B____ C____	☐ ☐ Infecciones de la vagina <i>Vaginal Infections</i>	☐ ☐
Bronquitis <i>Bronchitis</i>	☐ ☐ (Specify Type)	Tiroides <i>Thyroid</i>	☐ ☐
Cáncer <i>Cancer</i>	☐ ☐ Sangrado excesivo <i>Heavy Bleeding</i>	☐ Otro <i>Other:</i> _____	
Especifique el tipo: _____			

Preocupaciones principales: Describa sus inquietudes e indique si tiene otra información relevante:
Please describe your chief health concerns and other relevant information:

¿Actualmente esta siendo atendido por otro médico? *Are you being treated elsewhere?* ☐ Sí / Yes ☐ No

¿Por qué síntomas? *For what complaint?* _____

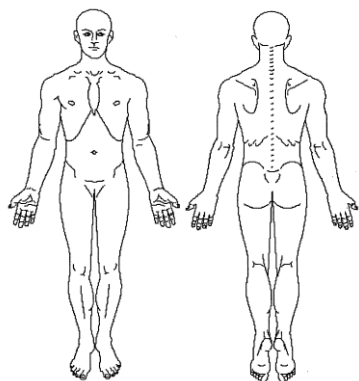
Nombre de su médico de cabecera *Personal Physician:* _____

¿Actualmente esta tomando algún medicamento recetado o medicamentos a base de hierbas? *Are you currently using prescription or herbal medicines?* ☐ Sí /Yes ☐ No **En caso afirmativo, indique los nombres aquí:** *If yes, please list:*

ESTILO DE VIDA / LIFESTYLE: De las opciones a continuación ¿cuáles se aplican a su estilo de vida?

☐ Fumar cigarrillos/ <i>Smoke Cigarettes</i>	☐ Tiene una dieta especial/ <i>Spec. Diet</i>	☐ Tomar píldoras anticonceptivas/ <i>Birth Control Pills</i>
☐ Tomar café / <i>Drink Coffee</i>	☐ Usar las drogas recreativas/ <i>Recreational Drugs</i>	☐ Tomar bebidas alcohólicas/ <i>Alcohol</i>
☐ Hacer ejercicio / <i>Exercise</i>	☐ Tomar vitaminas/suplementos/ <i>Supplements</i>	☐ Hacer relajación/meditación/ <i>Relaxation Meditate</i>

MARQUE CON UNA "X" LAS ÁREAS DE DOLOR O LESIÓN: *Please indicate with an X areas of pain or injury.*



- | | |
|--|--|
| ☐ Comienzo repentino/ <i>Sudden Onset</i> | ☐ Gradual/ <i>Gradual</i> |
| ☐ Constante/ <i>Constant</i> | ☐ Intermitente/ <i>Intermittent</i> |
| ☐ Agudo/ <i>Sharp</i> | ☐ Sordo / <i>Dull</i> |
| ☐ Espasmos/ <i>Spasms</i> | ☐ Rigidez/ <i>Stiffness</i> |
| ☐ Adormecimiento/ <i>Numbness</i> | ☐ Hormigueo/ <i>Tingling</i> |
| ☐ Hinchazón/ <i>Swelling</i> | ☐ Dolor quemante/ <i>Burning Pain</i> |
| ☐ Moretones/ <i>Bruises</i> | ☐ Temblor/ <i>Tremor</i> |
| ☐ Debilidad/ <i>Weakness</i> | |