



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*: _____

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

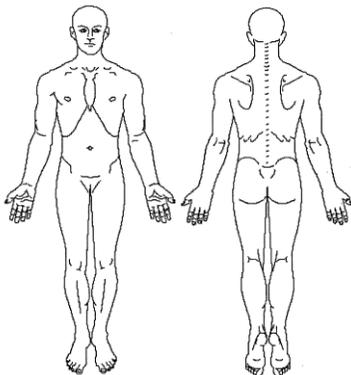
Nombre de su médico de cabecera *Personal Physician:* _____

¿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?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos/ <i>Smoke Cigarettes</i> | <input type="checkbox"/> Tiene una dieta especial/ <i>Spec. Diet</i> | <input type="checkbox"/> Tomar píldoras anticonceptivas/ <i>Birth Control Pills</i> |
| <input type="checkbox"/> Tomar café / <i>Drink Coffee</i> | <input type="checkbox"/> Usar las drogas recreativas/ <i>Recreational Drugs</i> | <input type="checkbox"/> Tomar bebidas alcohólicas/ <i>Alcohol</i> |
| <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio / <i>Exercise</i> | <input type="checkbox"/> Tomar vitaminas/suplementos/ <i>Supplements</i> | <input type="checkbox"/> 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.*



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