

# South Austin Community Acupuncture

5700 MENCHACA ROAD, STE 300 • AUSTIN, TEXAS 78745 • (512)707-8330

## Orientación a la clínica

¡Bienvenidos!

En South Austin Community Acupuncture ofrecemos **tratamiento de entorno grupal con una escala de pago económico**. Nosotros hacemos esto porque queremos que puedas recibir acupuntura lo más seguido que necesites para obtener los mejores resultados.

La acupuntura mantiene mejores resultados con un plan de tratamiento.

Para problemas agudas, muchas veces tener series de tratamientos es mejor. Para problemas crónicos tratamiento tras un tiempo prolongado puede ser lo más apropiado. Estamos aquí para guiarlos en obtener los mejores resultados que pueden de los servicios que ofrecemos.

Para asistirle en tener la mejor experiencia posible por favor tome en cuenta los puntos importantes que siguen.

### En consideración de otros:

- No se permite teléfono celular en la sala de tratamiento. Puede dejar sus electrónicos en su carro o apagado en la recepción.
- Por favor este limpio cuando vengas para acupuntura. Se va a quitar los zapatos entonces mantén los pies limpios. ¡Siempre estamos felices verte, pero preferimos que otros no les pueda oler!
- No se ponga cremas, aceites, perfumes u otras fragancias. Hay gentes sensibles a estas esencias. Aceites y cremas puede hacer difícil usar las agujas y pueden manchar nuestras sábanas.
- Por favor entren y salgan de la sala de tratamiento en grupo de manera silenciosa, cuando estés en la sala hable en voz baja. La acupuntura es normalmente muy relajante y frecuentemente se duermen.

### Responsabilidad para sí mismo:

- En su primera visita planea estar en la clínica mas o menos 90 minutos. Los tratamientos que siguen no han de ser tan largo. Un tratamiento normalmente dura como una hora, le dejaremos mientras vemos que este descansando bien. Por favor infórmenos cuando estés listo para irse o si tiene una hora en que le gustaría salir.
- A veces hay gente que ronca en la sala de grupo.
- Coma algo leve antes de su tratamiento. Acupuntura no se recomienda con estomago vacío.
- Use ropa suelta y cómoda para que se pueda alcanzar hasta sus codos y rodillas.

Yo leí y entendí lo escrito arriba:

---

Firma

Fecha

# South Austin Community Acupuncture

5700 MENCHACA ROAD, STE 300 • AUSTIN, TEXAS 78745 • (512)707-8330

## Recibiendo Acupuntura en Texas

En Texas, Acupunturistas licenciados (autorizados) están permitidos tratar los condiciones que siguen, sin requisito de ser evaluados o referido. Si viene por una de las cosas que sigue, indíquelo con una tacha y **salta lo que sigue de esta pagina.**

- Dolor crónico
- Adicción a fumar
- Abuso de sustancias
- Alcoholismo
- Pérdida de peso

Si viene por algo más, por favor llene lo que sigue como indicado por el estado:

Formulario para ser completado por el paciente, Notificando el Acupunturista si el/ella  
Ha sido evaluado por un médico y otra información.

(Conforme a los requisitos de 22 TAC §183.7 de las reglas de Texas State Board of Acupuncture Examiners (relacionado con el Campo Profesional y Tex. Occ. Code Ann., §205.351, gobernando la práctica de acupuntura.)

Yo (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, estoy notificando a South Austin Community Acupuncture de lo que sigue:

Si  No he sido evaluado por un médico o dentista por la condición siendo tratado dentro de los últimos 12 meses antes de llevar acabo la acupuntura. Yo reconozco que debería ser evaluado por un médico o dentista por la condición siendo tratado por la acupunturista.

\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente) Fecha: \_\_\_\_\_

o

Si  No Yo he recibido referencia para acupuntura de mi quiropráctico dentro de los últimos 30 días.

Después de recibir referencia de un quiropráctico, si después de dos meses o 20 tratamientos, cual venga primero, no ha mejorado de manera sustancial del condición siendo tratado yo entiendo que se requiere que el acupunturista me de referencia a un médico. Es mi responsabilidad si escojo seguir este consejo.

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

# South Austin Community Acupuncture

5700 MENCHACA ROAD, STE 300 • AUSTIN, TEXAS 78745 • (512)707-8330

## Política de Pago de la Clínica

Acupuntura comunitaria es acupuntura apoyada por la comunidad. No recibimos ningún subvención u otra forma de recaudar fondos para hacer esto, y solo podemos hacerlo con su apoyo.

South Austin Community Acupuncture opera en una escala de pago. Usando su ingreso como guía, usted escoja cuanto paga, entre \$20 y \$40 por tratamiento.

Nosotros no verificamos su ingreso, pero pedimos que pague de manera justa.

Escoja cuanto paga -----▼

Si su ingreso por año es:	Sugerimos que pague:	ESCOJA UNO
< \$20,000	\$20	<input type="checkbox"/>
> \$20,000 - \$25,000	\$25	<input type="checkbox"/>
> \$25,000 - \$30,000	\$30	<input type="checkbox"/>
> \$30,000 - \$40,000	\$35	<input type="checkbox"/>
> \$40,000	\$40	<input type="checkbox"/>

Hay un pago adicional de \$10 para su primera cita.

Esperamos pago a tiempo de servicio.

### Normas de Cancelación e Inasistencia:

Por favor se considerado. Cuando se falta una cita o no recibimos notificación con tiempo adecuado es probable que impidiera a que otra persona pueda tener acupuntura a esa hora.

- Citas deben ser canceladas el día antes durante el horario laboral.
- Si no cancela su cita en anticipación, **se le cobrara por completa**.
- Por favor llámenos para cancelar si hiciste la cita por el internet. No nos mandes correo electrónico sobre citas o cancelaciones.

Leí y estoy de acuerdo con lo escrito arriba:

---

Firma del paciente o guardián

Fecha

# South Austin Community Acupuncture

5700 MENCHACA ROAD, STE 300 • AUSTIN, TEXAS 78745 • (512)707-8330

## Información del Paciente

Fecha ____ / ____ / ____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Correo Electrónico: _____
Dirección: _____	En caso de emergencia notifica: _____
Ciudad / Estado / Código Postal: _____	Relación: _____
Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Teléfono : _____
Situación de Convivencia : Vivo con otros Vivo solo/a	Representativo del Paciente : _____
Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a	(Para menores de 18 años o requiriendo tutor)
Ocupación: _____	Relación: _____
Empleador: _____	

Su doctor o medico principal: \_\_\_\_\_

¿Has probado la acupuntura antes? Si No

¿Cómo nos encontró?

SUS ASUNTOS DE SALUD: ¿Por qué busca tratamiento?

Denote cualquier hospitalización, cirugía, heridas graves o traumas: ¿Qué paso y cuándo?

Apunte los medicamentos o suplementos que está tomando:

<p><b>Selecciona los que aplican:</b></p> <p><input type="checkbox"/> epilepsia/ convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C</p> <p><input type="checkbox"/> VIH+</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica/ hemorragia</p> <p><input type="checkbox"/> tomando anti-coagulantes</p>		<p><input type="checkbox"/> marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> desmayo</p> <p><input type="checkbox"/> diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> enfermedad mental</p> <p><input type="checkbox"/> adicción</p> <p><input type="checkbox"/> otro _____</p>
<p><b>ESTILO DE VIDA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicio regularmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha comida frita</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha carne</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas dulces/ carbohidratos</p> <p><input type="checkbox"/> Vegetariano/ Vegano</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar café</p> <p><input type="checkbox"/> Fumar cigarros</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de drogas</p> <p><b>DORMIR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se siente cansado al amanecer</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad en adormecerse/ quedarse dormido</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 6-8 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Insomnio</p> <p><b>GASTRO-INTESTINAL:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Apetito excesivo o muy bajo</p> <p><input type="checkbox"/> Cansancio después de comer</p> <p><input type="checkbox"/> Hipoglicemia</p> <p><input type="checkbox"/> Indigestión / reflujo / acidez</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea / vomito</p> <p><input type="checkbox"/> Gas / panza hinchada</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de estómago / abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Constipación</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea / heces sueltas</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroides</p> <p><input type="checkbox"/> Calculo biliar</p> <p><b>CARDIO-VASCULAR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alta/Baja presión</p> <p><input type="checkbox"/> Alta colesterol</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Mala circulación</p> <p><input type="checkbox"/> Latido cardiaco rápido/ irregular</p> <p><b>CABEZA/ CARA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/ migraña</p> <p><input type="checkbox"/> trastornos temporomandibulares /dolor mandibular</p>	<p><b>TEMPERATURA / SUDOR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sensación de calor/frío en general</p> <p><input type="checkbox"/> Aversión a calor o frío</p> <p><input type="checkbox"/> Manos/pies fríos</p> <p><input type="checkbox"/> Oleadas de calor/ sudación de noche</p> <p><input type="checkbox"/> Sudor espontanea</p> <p><input type="checkbox"/> Palmas/pies sudadas</p> <p><b>OJOS /ORL /RESPIRATORIO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Resfriados/sinusitis frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias crónicas/épocas</p> <p><input type="checkbox"/> Sensibilidad ambiental</p> <p><input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> Asma / Sibilancia (Me silba el pecho)</p> <p><input type="checkbox"/> Respiración difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de oreja</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/ pérdida auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos rojos/inflamados</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos secos/ lloroso</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de encías</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado de nariz</p> <p><b>DERMATOLOGICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sarpullido /picazón /urticaria /roncha</p> <p><input type="checkbox"/> Acné / forúnculo</p> <p><input type="checkbox"/> Caída de pelo</p> <p><input type="checkbox"/> Uñas débiles</p> <p><input type="checkbox"/> Lenta sanación de heridas</p> <p><b>GENITOURINARIO :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Micción frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Poca control de la vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Siente ardiente / doloroso al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones urinarias frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos de riñón</p>	<p><b>EMOCIONAL/PSICOLOGICO :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Altibajos emocionales</p> <p><input type="checkbox"/> Irritabilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad en concentrar</p> <p><input type="checkbox"/> Preocupación</p> <p><input type="checkbox"/> Sentir triste frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto incontrolable</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho temor/terror</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de abuso</p> <p><input type="checkbox"/> Considerado o intentado suicidarse</p> <p><b>EXCLUSIVO DE MUJER:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puede estar embarazada</p> <p><input type="checkbox"/> Ciclo irregular</p> <p><input type="checkbox"/> Menstruación doloroso</p> <p><input type="checkbox"/> Menstruación abundante/ escaso</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones vaginales crónicas</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriosis</p> <p><input type="checkbox"/> Quiste ovárico</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromas uterinos</p> <p><input type="checkbox"/> Histerectomía completa/parcial</p> <p><b>Numero de:</b></p> <p>Embarazos -</p> <p>Abortos -</p> <p>Aborto espontaneo -</p> <p><b>Número de partos:</b></p> <p>Vaginal -</p> <p>Cesárea -</p> <p>Ciclo el ____ días.</p> <p>Menstruación dura ____ días.</p> <p><b>EXCLUSIVO DE HOMBRE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades de erección</p> <p><input type="checkbox"/> Eyaculación prematuro</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción del pene</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de próstata</p>

# South Austin Community Acupuncture

5700 MENCHACA ROAD, STE 300 • AUSTIN, TEXAS 78745 • (512)707-8330

## AUTORIZACION INFORMADA PARA TRATAMIENTO

En South Austin Community Acupuncture nosotros principalmente practicamos acupuntura –a veces estimulación eléctrica, ventosas y medicina de hierbas Chinas. Puede ser que recomendamos suplementos nutricionales o que hagamos cambios dietéticos, también podemos sugerir ejercicios o hacer mínimo trabajo corporal *bodywork*. Por lo general no hacemos gua sha (rozadura) o moxabustión, pero es posible que proveamos moxabustión e instrucciones para el uso en su casa.

---

Yo, el firmante por la presente solicito y doy autorización de tratamiento por acupuntura y/o otros procedimientos en el campo profesional de acupuntura. Yo por la presente estoy informado que los métodos de tratamiento están generalmente seguros aun que pueden haber unos riesgos o efectos secundarios, como siguen:

Acupuntura tiene potencial de causar los efectos que siguen temporáneamente moretones, sangramiento, inflamación, adormecido, o adolorido en la zona de insertar la aguja. Los riesgos sumamente improbables de acupuntura incluyen perforar el pulmón (neumotórax), daño de nervio, perforar órgano e infección – aunque South Austin Community Acupuncture solamente usa agujas estériles y desechables y mantiene un ambiente limpio y seguro. Acupuntura puede empeorar síntomas que existen antes de tratamiento y la llegada de síntomas nuevas.

Efecto secundario de ventosas y gua sha son moretones y enrojecimiento temporáneos, durando unos días. En algunos instantes las ventosas pueden causar apoya en la piel.

Los suplementos de hierba y dietéticos – lo cual pueden ser origen de planta, animal o mineral- que me recomienda mi acupunturista son generalmente seguros usando el dosis tradicionalmente recomendado. Posibles efectos secundarios de hierbas incluyen nausea, gas, dolor de estómago, diarrea, y dolor de cabeza. Efectos secundarios inusuales incluyen vómito, urticaria, sarpullido y cosquilleo de la lengua. Yo entiendo que debo dejar de tomar todas las hierbas y notificar mi acupunturista si siento alguna incomodidad o reacción desfavorable.

Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier parte del tratamiento. Entiendo que puedo hablar con mi acupunturista de riesgos y beneficios antes de firma si elijo, aunque no espero que mi acupunturista sea capaz de anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones de tratamiento. Yo cuento con mi acupunturista en ejecutar su mejor juicio según mi interés durante tratamiento basado en los hechos conocidos. Completamente entiendo que no hay implicación ni garantía de éxito o eficacia para un tratamiento o series de tratamientos. Mi intención de este autorización es de que cubre el curso de tratamiento en su totalidad por mi condición y por cualquier condición en el futuro por lo cual busque tratamiento en South Austin Community Acupuncture.

*Le daré notificación a mi acupunturista si es que me embarazo o si estoy en el proceso de tratar de estar embarazada- porque hay ciertos puntos y hierbas contraindicados durante embarazo.*

---

Firma del paciente o guardián

Fecha