



Información del paciente

Nombre completo: _____ Fecha: _____ F __ M __
 Fecha de nacimiento: __/__/__ Edad: _____ Ocupación: _____
 E-mail: _____
 Soltera/ o Casada/o Otra/ o Hijos? _____
 Teléfono: (____)____ - _____ Trabajo: (____)____ - _____ Celular: (____)____ - _____
 Dirección: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 En emergencia notifique: _____ Teléfono: (____)____ - _____
 Relación: _____
 Doctor: _____
 Ha sido tratada/o con acupuntura anteriormente? __Si __No

Condición de el/la paciente

Que es lo que quiere que tratemos? _____
 Cuando empezó el problema? _____
 Ha sido diagnosticada/ o por esta condición? __Si __No Por quien? _____
 Que tanto interfiere este problema en su vida diaria (Trabajo, sueño, etc.)?

 Que tipo de tratamiento ha tratado? _____
 Que hace que el problema empeore? _____
 Que lo hace mejorar? _____
 Alguien en su familia sufre de el mismo problema? _____

Historia Medica (Por favor encierre en un círculo e incluya la fecha cuando fue diagnosticada/o)

Enfermedades: Cáncer Diabetes Hepatitis Tiroides Convulsiones Fibromialgia Artritis
 Tuberculosis Presión alta Anemia Problemas respiratorios
 Enfermedad del Corazón Problemas Digestivos HIV/AIDS+ Enfermedades Venéreas
 Otras (Especifique) _____
 Cirugías: _____
 Trauma: (accidente de auto, lastimaduras deportivas, etc.): _____
 Alergias: (medicamentos, comida) _____
 Historia medica Familiar: (Especifique que miembro de la familia) Cáncer Diabetes Hepatitis
 Presión alta Enfermedad del Corazón ataque cardiaco Asma Alcoholismo aborto Otro
 (especifique): _____
 Medicinas _____ (incluyendo Vitaminas , OTC hierbas)

Dieta & Hábitos

Fuma? __Si __No Que _____ Cuantos por dia? _____ Desde cuando? _____
 Toma Café (otras bebidas cafeinadas)? __Si __No Cuantas por dia? _____
 Toma alcohol? __Si __No Que? _____ numero promedio de bebidas a la semana? _____
 Ejercicio: __Nada __Moderado __Demasiado? Cuanta agua bebe al dia? _____
 A que hora va a la cama? _____ Cuantas horas duerme generalmente? _____
 Altura _____ Peso _____ Hace un año _____ Peso máximo alcánzalo _____ Cuando _____
 Vegetariana/o? __Si __No Come comida muy condimentada? __Si __No Información adicional
 (e.g. dieta) _____



Por favor marque si en los últimos tres meses a sufrido de las siguientes condiciones.

General

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poco apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Antojos |
| <input type="checkbox"/> Poco sueño | <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Perdida de energía | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Mal balance | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Muy sediento | <input type="checkbox"/> Disminución de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Sudor nocturno | <input type="checkbox"/> Sabor raro en la boca | <input type="checkbox"/> Desea comida caliente |
| <input type="checkbox"/> Debilidad localizada | <input type="checkbox"/> Suda fácilmente | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito | <input type="checkbox"/> Desea comida fría |

Piel & cabello

- | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Ulceraciones | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Comezón |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Caspa | <input type="checkbox"/> Piel reseca |
| <input type="checkbox"/> Lunares | <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/> Cambio en la textura de la piel o cabello | | |

Musculosequeletico

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión articular | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Mano/pie Hinchados |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla | <input type="checkbox"/> Manos/pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al camina | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Dolor/debilidad tobillo | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Temblor manos | <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor mano muñeca | <input type="checkbox"/> Curvatura en la espina |

Cabeza, ojos, oídos, nariz, y garganta

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Concusiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Cansancio en los ojos | <input type="checkbox"/> Ardor/comezón en ojos | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna | <input type="checkbox"/> Mala vista |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz | <input type="checkbox"/> Dolor garganta | |
| <input type="checkbox"/> Muele los dientes | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Dolor en la cara | <input type="checkbox"/> Dolor de oído |

Cardiovascular & Respiratorio

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Latido rápido Corazón | <input type="checkbox"/> Venas varicosas | <input type="checkbox"/> Tos reseca |
| <input type="checkbox"/> Tos productiva | <input type="checkbox"/> Tos con sangrado | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Neumonía | | |

Neurológico & Psicológico

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perdida del balance | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Mala Coordinación | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Mal humor | <input type="checkbox"/> Bipolar |

Gastrointestinal

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Eructos | <input type="checkbox"/> Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal/calambre | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Constipación | | |
| <input type="checkbox"/> Parásitos | <input type="checkbox"/> Uso Crónico laxativo <input type="checkbox"/> Cuantas veces usa el baño #2 _____ | | |

Genito-urinario

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orina Frecuente | <input type="checkbox"/> Orina dolorosa | <input type="checkbox"/> Orina urgente | <input type="checkbox"/> Incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Goteo de orina | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Dolor Genital | <input type="checkbox"/> Comezón Genital |
| <input type="checkbox"/> Descarga Genital | <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes del Traco Urinario | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones pélvicas | <input type="checkbox"/> Quistes ováricos | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes de la vagina | |
| <input type="checkbox"/> Problemas prostáticos | <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Libido muy bajo o muy alto | |



AIMC

ACUPUNCTURE &
INTEGRATIVE
MEDICAL CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Menstruacion e historia de partos

Periodos irregulares dolor menstrual Dolor de los pechos Masas de pecho
 Endometriosis Fibromas Bochorno Menopausia
 coágulos en el sangrado menstrual cambios de animo durante la menstruación
 Edad a la primera menstruación: _____ Duración de la menstruación: _____ días, Duración del ciclo
 _____ menstrual: _____ días
 Usa anticonceptivos? Si No Que tipo y por cuanto tiempo?
 Numero de embarazos: _____ Numero de hijos: _____
 Abortos natural: _____ Prematuros: _____
 Cesares: _____ Dificultades en el parto: _____

Firma: _____

Fecha: _____



CUESTIONARIO DE DESINTOXICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Evalúe cada uno de los siguientes síntomas en función de su perfil de salud típico según la duración especificada:

Mes pasado Semana pasada Últimas 48 horas

Escala de niveles: 0—Nunca o casi nunca tengo el síntoma 1—En algunas ocasiones lo tengo, el efecto no es grave 2—En algunas ocasiones lo tengo, el efecto es grave
3—Lo tengo con frecuencia, el efecto no es grave 4—Lo tengo con frecuencia, el efecto es grave

| I. Cuestionario médico de síntomas (Medical Symptoms Questionnaire, MSQ) | |
|--|---|
| CABEZA | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Insomnio TOTAL _____ |
| OJOS | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos o con picazón <input type="checkbox"/> Párpados hinchados, enrojecidos o pegajosos <input type="checkbox"/> Bolsas u ojeras oscuras bajo los ojos <input type="checkbox"/> Visión borrosa o tubular TOTAL _____ |
| OREJAS | <input type="checkbox"/> Picazón en las orejas <input type="checkbox"/> Dolor de oído, infección en el oído <input type="checkbox"/> Secreción del oído <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos, pérdida de la audición TOTAL _____ |
| NARIZ | <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ataques de estornudos <input type="checkbox"/> Formación excesiva de mucosidad TOTAL _____ |
| BOCA/ GARGANTA | <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Arcadas, necesidad frecuente de aclararse la garganta <input type="checkbox"/> Dolor de garganta, ronquera, pérdida de la voz <input type="checkbox"/> Lengua, encías o labios hinchados o descoloridos <input type="checkbox"/> Aftas TOTAL _____ |
| PIEL | <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Urticaria, erupciones, piel seca <input type="checkbox"/> Caída del cabello <input type="checkbox"/> Enrojecimiento, sofocos <input type="checkbox"/> Sudor excesivo TOTAL _____ |
| CORAZÓN | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregulares o salteados <input type="checkbox"/> Latidos del corazón rápidos o fuertes TOTAL _____ |
| PULMONES | <input type="checkbox"/> Congestión de pecho <input type="checkbox"/> Asma, bronquitis <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar TOTAL _____ |
| TRACTO DIGESTIVO | <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Sensación de distensión <input type="checkbox"/> Flatulencias, paso de gas <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Dolor intestinal/estomacal TOTAL _____ |
| ARTICULACIONES/ MÚSCULOS | <input type="checkbox"/> Dolor o molestias en las articulaciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Rigidez o limitación del movimiento <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad o cansancio <input type="checkbox"/> Dolor o molestias en los músculos TOTAL _____ |
| PESO | <input type="checkbox"/> Consumo de comidas/bebidas de forma compulsiva <input type="checkbox"/> Antojos de ciertos alimentos <input type="checkbox"/> Exceso de peso <input type="checkbox"/> Retención de líquidos <input type="checkbox"/> Peso inferior al normal <input type="checkbox"/> Comer de forma compulsiva TOTAL _____ |
| ENERGÍA/ ACTIVIDAD | <input type="checkbox"/> Fatiga, pereza <input type="checkbox"/> Apatía, letargo <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Inquietud TOTAL _____ |
| MEMORIA | <input type="checkbox"/> Mala memoria <input type="checkbox"/> Confusión, mala comprensión <input type="checkbox"/> Dificultad en la toma de decisiones <input type="checkbox"/> Tartamudeo o balbuceo <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Concentración deficiente <input type="checkbox"/> Coordinación física deficiente TOTAL _____ |
| EMOCIONES | <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Ansiedad, miedo, nerviosismo <input type="checkbox"/> Ira, irritabilidad, agresividad <input type="checkbox"/> Depresión TOTAL _____ |
| OTROS | <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes <input type="checkbox"/> Micción urgente o frecuente <input type="checkbox"/> Picazón o secreción genital TOTAL _____ |
| TOTAL GENERAL | TOTAL _____ |



II. Prueba de tolerancia a los xenobióticos (Xenobiotic Tolerability Test, XTT)

| | |
|--|--|
| <p>1. ¿Usa fármacos recetados actualmente? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.) Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos usa actualmente? ____ (1 pto. cada uno)</p> <p>2. ¿Usa actualmente uno o más de los siguientes fármacos de venta libre? <input type="checkbox"/> Cimetidina (2 ptos.) <input type="checkbox"/> Paracetamol (2 ptos.) <input type="checkbox"/> Estradiol (2 ptos.)</p> <p>3. Si usó o usa actualmente fármacos recetados, ¿cuál de las siguientes situaciones representa mejor su respuesta a los mismos?: <input type="checkbox"/> Experimento efectos secundarios; el/los fármaco(s) es/son eficaz/eficaces en dosis más bajas (3 ptos.) <input type="checkbox"/> Experimento efectos secundarios; el/los fármaco(s) es/son eficaz/eficaces en dosis normales (2 ptos.) <input type="checkbox"/> No experimento efectos secundarios; por lo general el/los fármaco(s) no es/son eficaz/eficaces (2 ptos.) <input type="checkbox"/> No experimento efectos secundarios; por lo general el/los fármaco(s) es/son eficaz/eficaces (0 pto.)</p> <p>4. ¿Usa actualmente o usó con regularidad en los últimos 6 meses tabaco o derivados? <input type="checkbox"/> Sí (2 ptos.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.)</p> <p>5. ¿Tiene reacciones fuertes y negativas a la cafeína o a productos que contienen cafeína? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.) <input type="checkbox"/> No lo sé (0 pto.)</p> | <p>6. ¿Suele experimentar "confusión mental", fatiga o somnolencia? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.)</p> <p>7. ¿Presenta síntomas por la exposición a fragancias, gases de los tubos de escape u olores fuertes? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.) <input type="checkbox"/> No lo sé (0 pto.)</p> <p>8. ¿Se siente mal después de consumir alcohol, incluso en cantidades pequeñas? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.) <input type="checkbox"/> No lo sé (0 pto.)</p> <p>10. ¿Tiene antecedentes personales de <input type="checkbox"/> sensibilidad química y/o al medio ambiente? (5 ptos.) <input type="checkbox"/> síndrome de fatiga crónica? (5 ptos.) <input type="checkbox"/> sensibilidad química múltiple? (5 ptos.) <input type="checkbox"/> fibromialgia? (3 ptos.) <input type="checkbox"/> síntomas del tipo de Parkinson? (3 ptos.) <input type="checkbox"/> dependencia del alcohol o sustancias químicas? (2 ptos.) <input type="checkbox"/> asma? (1 pto.)</p> <p>11. ¿Tiene antecedentes de exposición significativa a sustancias químicas nocivas, tales como herbicidas, insecticidas, pesticidas o solventes orgánicos? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.)</p> <p>12. ¿Tiene una reacción adversa o alérgica cuando consume productos que contienen sulfito, como el vino, los frutos secos, verduras de la barra de ensaladas, etc.? <input type="checkbox"/> Sí (1 pto.) <input type="checkbox"/> No (0 pto.) <input type="checkbox"/> No lo sé (0 pto.)</p> <p>TOTAL GENERAL: _____</p> |
|--|--|

III. Evaluación de alcalinizantes

| | |
|--|---|
| <p>1. ¿Tiene antecedentes o padece actualmente de disfunción renal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Alguna vez le han diagnosticado una afección conocida como hipercaliemia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>3. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento con diuréticos o medicamentos para tratar la presión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nota: Recetar nutrientes no alcalinizantes si el paciente respondió afirmativamente a alguna pregunta de esta sección.</p> |
|--|---|

Para uso exclusivo del médico:

TABULACIÓN DE LA CALIFICACIÓN GENERAL

Para obtener sugerencias con respecto al protocolo, vea el folleto para el médico.

| | | |
|-------------------|-------|--|
| PUNTAJE DEL MSQ | _____ | (Alto >50; moderado 15 a 49; Bajo <14) |
| PUNTAJE DE LA XTT | _____ | (Alto >10; moderado 5 a 9; Bajo <4) |
| pH DE LA ORINA | _____ | |

Nota: Los pacientes cuyo resultado del MSQ sea alto, pero el de la XTT sea bajo, pueden presentar una patología que no esté relacionada con la carga tóxica. Se deben considerar otros mecanismos como la inflamación/disfunción gastrointestinal inmune/alérgica, estrés oxidativo, disfunción hormonal/del transmisor neuronal, agotamiento nutricional y/o de la mente y el cuerpo. Individualizar el apoyo con alimentos médicos específicos, dieta y/o nutraceuticos.



AIMC

ACUPUNCTURE &
INTEGRATIVE
MEDICAL CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Centro de acupuntura consentimiento informado para tratar y cobro de pago

Por la presente solicito y constate la realización de tratamientos de acupuntura y los otros procedimientos dentro de la práctica de acupuntura en mí (o en el paciente nombrado abajo, por quien soy legalmente responsable) por el acupunturista que ahora o en el futuro Me tratan mientras trabajan o se asocian con o sirven como respaldo para el acupunturista, incluyendo aquellos que trabajan en la clínica o en la oficina antes mencionada o en cualquier otro consultorio o clínica.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a acupuntura, moxibustión, cupping, estimulación eléctrica, Tui Na (masaje chino), medicina herbaria china y asesoramiento nutricional. Entiendo que las hierbas pueden necesitar ser preparadas y los tés consumidos según las instrucciones proporcionadas oralmente y en la escritura. Las hierbas pueden tener un olor o sabor desagradable. Notificaré inmediatamente a un miembro del personal clínico de cualquier efecto imprevisto o desagradable asociado con el consumo de las hierbas.

Me han informado de que la acupuntura es un método generalmente seguro de tratamiento, pero que puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo moretones, entumecimiento u hormigueo cerca de los sitios de aguja que pueden durar unos días, y mareos o desmayos. Las quemaduras y / o cicatrices son un riesgo potencial de moxibustión y ventosas, o cuando el tratamiento implica el uso de lámpara de calor. Los moretones son un efecto secundario común de la cupping. Los riesgos inusuales de la acupuntura incluyen aborto involuntario espontáneo, daño nervioso o perforación de órganos, incluyendo perforación pulmonar (neumotórax). La infección es otro posible riesgo, aunque la clínica utiliza agujas desechables estériles y mantiene un ambiente limpio y seguro.

Entiendo que si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios y riesgos. Las hierbas y los suplementos nutricionales (que provienen de fuentes vegetales, animales y minerales) que se han recomendado tradicionalmente se consideran seguros en la práctica de la medicina china, aunque algunos pueden ser tóxicos a dosis alta. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son náuseas, gases, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, erupciones cutáneas, urticaria y hormigueo de la lengua. Yo notificaré a un miembro del personal clínico que está cuidando de mí si estoy embarazada o si quedo embarazada.

Aunque no espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, deseo confiar en el personal clínico para ejercer el juicio durante el curso del tratamiento que el personal clínico piensa en ese momento, basado en los hechos entonces conocidos, es en mi mejor interés. Entiendo que los resultados no son garantizados.

Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar los registros de mi paciente y los informes de laboratorio, pero todos mis registros serán confidenciales y no serán divulgados sin mi consentimiento por escrito.

Al firmar voluntariamente a continuación, muestro que he leído el consentimiento anterior al tratamiento, he sido informado sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de esta forma consentir para cubrir todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura (s) para la que busco tratamiento.

Inicial _____

Solicitamos el pago en el momento de los servicios prestados. Se requerirán pagos para visitas futuras que tengan saldos no pagados previos. Si suspende el cuidado o se libera del servicio adicional en la oficina, todos los saldos pendientes se deben. Nuestra oficina sólo acepta cash y todas las principales tarjetas de crédito.

Inicial _____

Entiendo que cualquier facturación de mi compañía de seguros es una cortesía proporcionada por mi doctor y que soy responsable en última instancia del 100% de mi factura. Si no pago en su totalidad, seré responsable de los costos de cobranza. Cancelación realizada con menos de 24 horas de antelación se cobrará un \$ 25 por la primera ocurrencia, y el costo total de la visita por ocurrencias adicionales.

Inicial _____

Aunque no podemos garantizar ningún reembolso de su compañía de seguros médico principal, nos complace responder a cualquier pregunta relacionada con el proceso de facturación. Como una cortesía a usted, le facturaremos a su compañía de seguros. Proporcione una copia de su tarjeta de seguro siempre que su plan se renueve o cambie. Si su plan requiere precertificación es su responsabilidad informarnos en escritura cuando sea necesario. No es nuestra responsabilidad para los requisitos de precertificación de información de seguro que faltan. Si su plan cambia debido a COBRA u otros cambios de política, es su responsabilidad de informarnos en escrito de estos cambios. Su eimbursement puede ser afectado debido a estos itmes finalmente es su responsabilidad.

Inicial _____

Al firmar a continuación, entiendo todas estas pólizas y estoy de acuerdo en pagar por los tratamientos en consecuencia, y también estoy de acuerdo en que soy responsable de los saldos no pagados. Además, entiendo que esta carta reemplaza cualquier teléfono previos u otra comunicación verbal sobre las políticas de la oficina y los honorarios. Entiendo que AIMC puede reportarme a una agencia de informes de crédito o emprender acciones legales como necesarias para pagar por los servicios prestados.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Acupuncture & Integrative Medical Center | 9901 Valley Ranch Pkwy E #1000 | Irving, TX 75063 | 972.444.0660 | www.aimc-dfw.com

Mesquite Acupuncture & Herbal Clinic | 18601 LBJ #501 | Mesquite, TX 75150 | 972.444.0660 | www.aimc-dfw.com