

## Octagon Acupuntura Comunitaria

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACUPUNTURA

Por medio de esta requiero y consiento tratadamiento/o con acupuntura y otras modalidades y procedimientos dentro de la practica de acupuntura para mi o el/la pasiente nombrado abajo, por quien soy responsable legalmente, por el/la acuputurisa nombrado/a abajo o por otro/a acupunturista licenciado en el estado de California quien ahora o en el futuro me trate mientras sea empleado/a o asociado/a con o sirviendo como substituto/a de el/la acupunturista nombrado/a abajo, incluyendo estos que trabajen en Octagon Acupuntura Comunitaria. Yo entiendo que los metodos de tratamiento incluyen pero no son limitados a acupuntura, ventosas, estimulacion electrica, massage oriental (Tui-Na), medicina Herbolaria China y nutricion.

Se me ha informado que la acupuntura es generalmente un metodo seguro de tratamiento, pero puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo produccion de moretones pequenos, adormecimiento local, sensacion de hormigueo local que puede durar por un par de dias, y mareos o desmayo pueden ocurrir si el/la pasiente esta muy nervioso/a. Moretones y ampollas son un efecto secundario de las ventosas. Riesgos poco communes incluyen spontaneous miscarriage, dano a nervios, punzion de organo, incluyendo de pulmon (pneumothorax). Infeccion es otro riesgo posible, aunque la clinica usa agujas esterilizadas desechables y mantiene un ambiente limpio.

Yo entiendo que aunque este document describe los riesgos mayores del tratamiento otros efectos secundarios y riesgos pueden ocurrir, Las hierbas (que provienen de plantas animals y minerals), y suplementos nutricionales que se me han recomendado son considerados seguros en la practica de Medicina Tradicional China, aunque algunos pueden ser toxicos en grandes cantidades. Yo entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo, Algunos efectos secundarios posibles al tomar hierbas son produccion de gas, dolor de estomago, vomito, dolor de cabeza, diarrea, urticaria, hormigueo en la lengua y anafilaxia. Yo notificare a un miembro de la clinica si me embarazo.

Yo no espero que los miembros de la clinica puedan anticipar y explicarme todas las complicaciones y riesgos posibles, y confio que los miembros de la clinica ejercitaran su juicio durante el curso del tratamiento que ellos/as crean necesario, basado en los echos conocidos en el momento de la visita en mi beneficio. Yo entiendo que los resultados no pueden ser garantizados.

Al firmar abajo voluntariamente, Yo confirmo que he leído o se me a leído el consentimiento de tratamiento, se me ha informado de los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros prosedimientos, y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intencion de que este consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para la condicion presente y para futuras condiciones por las cuales busque tratamiento.

Nombre del/la pasiente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Completo)

Nombre Representante legal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Completo)

Relacion con el pasiente: \_\_\_\_\_

### Elemento Agua

- Perdida del oido
- Mareos
- Dolor de espalda baja
- Sinucitis
- Edema
- Ojeras
- Emociones no estables
- Aversion to Cold
- Perdida del cabello
- Envejecimiento prematuro
- Orina frecuntemente
- Piedras renales
- Devilidad en rodillas y piernas
- Tos asmatica
- Rapido cambio de peso
- Dientes flojos
- Libido reducido
- Problemas de tyroides
- Diabetes
- Suda facilmente

### Elemento Tierra

- Indigestion
- Flatulencia
- Eructos
- Alergias a comidas
- Dolod de estomago /  
Ulceras
- Diarrea
- Anemia
- Mal aliento
- Mouth Sores
- Agruras
- Prolapso de organos
- Apetito excesivo
- Perdida de apetito
- Nausea
- Gas en el abdomen
- Perdida rapida de peso

### Elemento Fuego

- Cabello reseco
- Erupciones en piel
- Quistes/tumores
- Infecciones de piel
- Dolor de garganta
- Inflamacion de los ganglios Lynfaticos
- Palmas de las manos y pies calientes
- Palpitaciones del corazon
- Aversion a el calor
- Sabor amargo en la boca
- Problemas de las encias
- Sangrado nasal
- Comezon/ar dor en la piel
- Sed
- Suenos vividos
- Orina obscura o roja
- Poca opina
- Sudor en la noche
- Enrojecimiento en la cara
- 

### Elemento Metal

- Bronquitis
- Asthma
- Respiracion superficial
- Tos
- Congestion nasal
- Infecciones nasales
- Alergias
- Problemas respiratorioss

### Elemento Madera

- Dolores de cabeza
- Migranas
- Zumbido de oidos
- Mala vista
- Infecciones de los ojos
- Ojos secos
- Eczema
- Shingles
- Herpes
- berrugas
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Constipation
- Hemorrhoids
- Hepatitis
- Ulceras
- Vomito
- Indesicion
- Fullness below the ribs
- Piedras viliares
- Hombros tensos
- Cuello tenso
- Insomnia (11pm – 3am)
- Spasmos/ Convulsiones

### Informacion del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Soltera/o  Casada/o  Otra/o Hijos? \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

En emergencia notifique: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

Ha sido tratada/o con acupuntura anteriormente?  Si  No, por quien: \_\_\_\_\_

### Condicion de el/la paciente

Que es lo que quiere que tratemos? \_\_\_\_\_

Cuando empezo el problema? \_\_\_\_\_

Ha sido diagnosticada/o por esta condicion?  Si  No Por quien? \_\_\_\_\_

Que tanto interfiere este problema en su vida diaria (Trabajo, sueno, sexo, etc.)? \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamiento a 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 circulo e incluya la fecha cuando fue diagnosticada/o)

**Enfermedades:** Cancer Diabetes Hepatitis Tyroides Combulciones Fibromialgia Arthritis  
Tuberculosis Presion alta Imbalances emocionales Anemia Problemas respiratorios Enfermedad del  
corazon Problemas Digestivos HIV/AIDS+ Enfermedades Venereas

Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

**Cirugias:** \_\_\_\_\_

**Trauma:** (accidentes de auto, Lastimaduras deportivas, etc): \_\_\_\_\_

**Alergias:** (medicamentos, comidas) \_\_\_\_\_

**Historia medica Familiar:** (Especifique que miembro de la familia) Cancer Diabetes Hepatitis Presion alta  
Enfermedad del corazon ataque cardiaco Asthma Alcoholismo aborto Otro

(especifique): \_\_\_\_\_

**Medicinas** (incluyendo Vitaminas, OTC hierbas)

### Dieta & Habitos

Fuma?  Si  No Que \_\_\_\_\_ Cuantos por dia? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_

Toma Cafe (otras bebidas cafeinadas)?  Si  No Cuantas por dia? \_\_\_\_\_

Toma alcohol?  Si  No Que? \_\_\_\_\_ numero promedio de bebidas a la semana? \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Nada  Moderado  Demaciado? Cuanta agua bebe al dia? \_\_\_\_\_

A que hora ba a la cama? \_\_\_\_\_ Cuantas horas duerme generalmente? \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Hace un ano \_\_\_\_\_ Peso maximo alcanzado \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Vegetariana/o?  Si  No Come comida muy condimentada?  Si  No Informacion adisional (e.g. dieta)

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

#### General

<input type="checkbox"/> Poco apetito	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Moretones facilmente	<input type="checkbox"/> Antoijos
<input type="checkbox"/> Poco sueno	<input type="checkbox"/> Fiebres	<input type="checkbox"/> Perdida de energia	<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Mal balance	<input type="checkbox"/> Escalofrios	<input type="checkbox"/> Muy sediento	<input type="checkbox"/> Disminucion 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"/> Devilidad localizada	<input type="checkbox"/> Suda facilmente	<input type="checkbox"/> Cambio de apetito	<input type="checkbox"/> Desea comida fria

**Piel & cabello**

<input type="checkbox"/> Hurticaria	<input type="checkbox"/> Ulceraciones	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Comeison
<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"/> Lesion articular	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> Dolor de cadera	<input type="checkbox"/> Mano/pie Hinchados
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/> Manos/pies frios
<input type="checkbox"/> Dificultad al camin	<input type="checkbox"/> Paralisis	<input type="checkbox"/> Dolor/devilidad tobill	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
<input type="checkbox"/> Temblor manos	<input type="checkbox"/> Dolor/Rigides de cuello	<input type="checkbox"/> Dolor mano muñeca	<input type="checkbox"/> Curvatura en la espina

**Cabeza, ojos, oidos, nariz, y garganta**

<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Concusiones	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Migranas
<input type="checkbox"/> Cansancio en los ojos	<input type="checkbox"/> Ardor/comezon en ojos	<input type="checkbox"/> Ceguera nocturna	<input type="checkbox"/> Mala vista
<input type="checkbox"/> Sores on Lips/Tongue	<input type="checkbox"/> Sinucitis	<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 oido

**Cardiovascular & Respiratorio**

<input type="checkbox"/> Presion alta	<input type="checkbox"/> Dolor del pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Latido irregular	<input type="checkbox"/> Latido rapido corazon	<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"/> Wheezing
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Neumonia		

**Neurologico & Psicologico**

<input type="checkbox"/> Perdida del balance	<input type="checkbox"/> Perdida de Memoria	<input type="checkbox"/> Mala Coordinacion	<input type="checkbox"/> Depresion
<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"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Eructos	<input type="checkbox"/> Mal aliento
<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Indigestion	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal/calambre	<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Hemorrhoides	<input type="checkbox"/> problemas viliares
<input type="checkbox"/> Parasitos	<input type="checkbox"/> Uso Cronico laxative	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"/> Comezon Genital
<input type="checkbox"/> Descarga Genital	<input type="checkbox"/> Piedras en los rinones	<input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes del Tracto Urinario	
<input type="checkbox"/> Infecciones pelvicas	<input type="checkbox"/> Qistes ovaricos	<input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes de la vagina	
<input type="checkbox"/> Problemas prostaticos	<input type="checkbox"/> Impotencia	<input type="checkbox"/> Libido muy bajo o muy alto	

**Menstruacion e historia de partos**

<input type="checkbox"/> Periods irregulares	<input type="checkbox"/> dolor menstrual	<input type="checkbox"/> Dolor de los pechos	<input type="checkbox"/> Breast lumps
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Fibroides	<input type="checkbox"/> Bochomo	<input type="checkbox"/> Menopausal
<input type="checkbox"/> cuagulos en el sangrado menstrual		<input type="checkbox"/> cambios de animo durante la menstruacion	
Edad a la primera menstruacion: _____	Duracion de la menstruacion: _____ dias, Duracion del ciclo menstrual: _____ dias		
Usa anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tipo y por cuanto tiempo? _____		
Numero de embarazos: _____	Numero de hijos: _____		
Miscarriages: _____	Abortos: _____	Prematuros: _____	
Cesareas: _____	Dificultades en el parto: _____		

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