



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

Bienvenido a Avery Acupuntura y Medicina Natural. Nuestro objetivo es hacer que su experiencia aqui sea lo mas comoda posible. Si tiene preguntas, comentarios, inquietudes o sugerencias, por favor de avisar a Veronica o un miembro del personal. Le damos las gracias por confiar en nosotros y se puede esperar que nos permite ofrecer la mayor calidad de atencion posible.

Referido Por _____ Fecha de hoy _____

Nom del Paciente _____ Fecha de Nac _____

Direccion: _____ Edad _____

Ciudad, Estado _____ Genero _____Femenino _____Masculino

Codigo Postal _____

Num de seguro social _____ Esatdo civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Ocupacion: _____ Estudiante tiempo completo? Si No

Medico de atencion _____ Correo Electronico _____

Primaria _____

de telefono (_____) _____ (_____) _____

Casa

Cellular

Contacto de Emergencia _____ (_____) _____

Nombre

Relacion con el paciente

de telefono

Informacion del seguro Primario

Proveedor de seguro secundario (si es applicable)

Nom del Asegurado _____ Nom del Asegurado _____

de Seguro Social _____ # de Seguro Social _____

del Asegurado _____ del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

del Asegurado _____ del Asegurado _____

Empleador _____ Empleador _____

Pagador/ plan de _____ Pagador _____

Salud _____

Relacion con el _____ Relacion con el _____

Asegurado ___Yo ___Conyuge___Dependiente Asegurado ___Yo ___Conyuge ___Dependiente

de Miembro _____ # de Miembro _____

de Polisa/Grupo _____ # de Polisa/grupo _____



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

Por favor describa el motivo de su tratamiento en este momento: _____

Es esta una lesion de trabajo? ___Si ___No Es esta lesion debido a un accidente de auto? ___Si ___No

Cuanto tiempo ha tenido esta condicion? _____

Le molesta para: ___Dormir ___Trabajar ___Vida Sexual Otro: _____

Cual crees que fue la causa inicial (si se conoce): _____

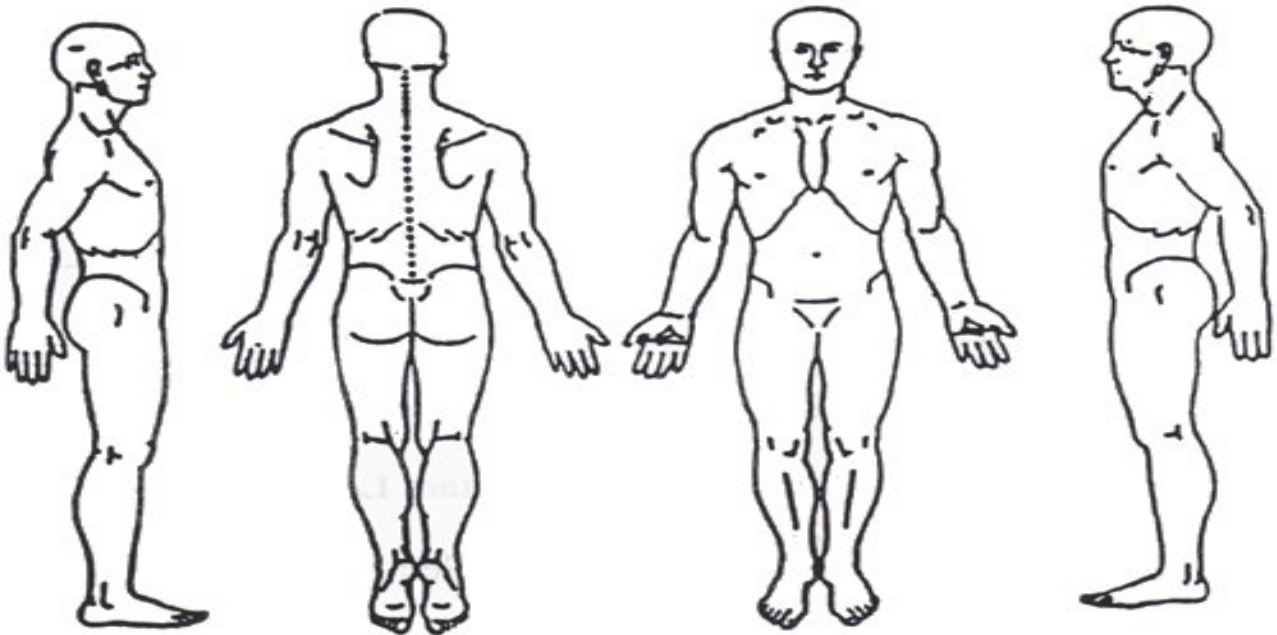
Ha consultado a otro medico acerca de estos problemas? _____Si _____No

En caso afirmativo, el nombre del medico y el diagnostico: _____

Por favor, sientase libre de traer cualquier trabajo de laboratorio, rayos X o resonancia magnetica interpretacion, etc.

Usted esta experimentando alguna molestia en las areas de su cuerpo? ___Si ___No

En caso afirmativo, Utilizando los modelos de abajo, por favor indique la ubicacion adecuada de la incomodidad con el simbolo que mejor describe el sentimiento:



+ + + Agudo/Punalada

o o o Pasadores Y agujas

v v v

// //

Pesado/Dolor

Entumecimiento

EL DOLOR SE HA INDICADO ANTERIORMENTE ES

___Leve

___Moderada

___Grave



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

SU HISTORIAL MEDICO PASADO

<input type="checkbox"/> Sida/VIH	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, medicamentos, polen)
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Pleuresia	_____
<input type="checkbox"/> Alcoholismo/abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Neumonia	_____
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	_____
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Ciatica	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Trauma Mayor
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Trastornos de la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Trauma de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Ulceras	_____
<input type="checkbox"/> Cancer/Tumor (tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Trastorno mental	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Migranas		

Lista de enfermedades anteriores/ hospitalizaciones o cirugias: _____

Lista de todos los medicamentos que toma actualmente, homeopaticos, vitaminas, minerales o hierbas que esta tomando ahora:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estilo de vida/ Nutricion

Menu Diario Promedio

El Ejercicio Regular

<input type="checkbox"/> Alcohol	A.M.	_____	Tipo:	_____	Frecuencia:	_____
<input type="checkbox"/> Tobacco		_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Estres		_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Te con Cafeina		_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Cafe	medio dia	_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Sodas		_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Azucar		_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Edulcorante Artificial	P.M.	_____		_____		_____
		_____		_____		_____



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

General

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de Apetito | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueno |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Sudoracion facilmente | <input type="checkbox"/> Debilidad Localizada |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Escalofrios | <input type="checkbox"/> Caída repentina de energia
(Hora del dia?: _____) |
| <input type="checkbox"/> Sed fuertes | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Sangrado o moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Insomnio | |

Cabeza, Ojos, Nariz, Garganta/Piel

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Manchas delante de los ojos | <input type="checkbox"/> Llagas en los labios o lengua | <input type="checkbox"/> Erupciones |
| <input type="checkbox"/> Gafas/ Lentes | <input type="checkbox"/> Mala vision | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Mala audicion | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Garganta seca | <input type="checkbox"/> Dolores de oidos | <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Sino | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | |
| <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Recurrenntes Dolores de garganta | (Ubicacion: _____) | |
| <input type="checkbox"/> Sangrados de Nariz | <input type="checkbox"/> Moco | (Cuando: _____) | |

Cardiovascular

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presion arterial baja | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Hinchazon de manos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregualres de corazon | <input type="checkbox"/> Frio en las manos/pies | |
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Hinchazon de pies | |

Cualquier otro problema del Corazon o problemas de los vasos sanguineos: _____

Respiratorio

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Flema excesiva o color |
| <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Dolor con la inspiracion profunda | (color: _____) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado | |

Gastrointestinal

- | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Heces negras | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Vomitos | <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Dolor rectal | <input type="checkbox"/> Uso cronico de laxantes |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Eructos | <input type="checkbox"/> Reflujo acido | <input type="checkbox"/> Hemorroides | |

Tiene evacuacion intestinal diaria: _____ Si _____ No Con que frecuencia: _____

Formado _____ Suelto _____ Duro _____



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

Urinario

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Urgencia para orinar | <input type="checkbox"/> Disminucion del flujo |
| <input type="checkbox"/> Orinar frecuente | <input type="checkbox"/> Calculos renales | <input type="checkbox"/> Ardor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Sangre en el orine | <input type="checkbox"/> Incapaz de contener la orina | |

Se despierta para orinar? _____ Si es asi, con que frecuencia? _____

Cualquier color particular a la orina? _____

Otros problemas genitales o urinarios? _____

Reproductiva Y Ginecologica (Mujeres)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los senos | <input type="checkbox"/> Flujo menstrual abundante | <input type="checkbox"/> Nacimientos prematuros |
| <input type="checkbox"/> Coagulos menstruales | <input type="checkbox"/> Flujo menstrual | <input type="checkbox"/> Abortos involuntarios |
| <input type="checkbox"/> Menstruaciones dolorosas | <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares | <input type="checkbox"/> Abortos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmission sexual | <input type="checkbox"/> Colicos | <input type="checkbox"/> Esterilidad |

Edad de primera menstruacion _____ Edad a menopausia _____ Numero de nacidos vivos _____

Numero de dias entre ciclos _____ Numero de dias sangrando _____ Primer dia de la ultima menstruacion _____

Practica control de natalidad? _____ Si es asi, que tipo? _____ Por cuanto tiempo? _____

Otros problemas ginecologicos? _____

Urogenital/Reproductiva (Hombres)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hinchazon Testicular/Dolor | <input type="checkbox"/> Goteo al orinar | <input type="checkbox"/> Recuento bajo de espermatozoides |
| <input type="checkbox"/> Eyacuacion precoz | <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Emisiones nocturnas | <input type="checkbox"/> Secrecion del pene | <input type="checkbox"/> Disminucion del impulso sexual |
| <input type="checkbox"/> Orine debil o lento | <input type="checkbox"/> Presion rectal/anal | <input type="checkbox"/> Aumento de relaciones sexuales |

Cualquier otra pregunta, comentario o inquietud: _____



Avery Acupuncture & Natural Medicine

New Patient Registration

TERMINOS FINANCIEROS

Tras la verificación del plan de salud/cobertura de seguro y límites de la póliza, su compañía de seguridad será facturado para que usted y su proveedor sea pagada directamente por el transportista. Usted será responsable de los deducibles y copagos aplicables. Los copagos deben ser pagados cuando los servicios son prestados. Si usted no es elegible en el momento de prestarse los servicios, usted es responsable por el pago total.

CANCELACIONES/CITAS PERDIDAS

Una cita significa que el tiempo está reservado solo para usted. Si una cita no se toma o se cancela con menos de 24 horas de anticipación, se le facturará directamente, en función de la cita prevista o de acuerdo con las reglas de su plan de salud. Si su plan de salud no cubre el pago de citas perdidas, por lo tanto usted es responsable de pagar la totalidad.

Existe un cargo por cancelación de \$50.00, será aplicado con menos de 24 horas de la cita.

He leído, o me han leído, el consentimiento anteriormente y otra información. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar abajo, estoy de acuerdo con los procedimientos anteriormente mencionados. Tengo la intención de este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura para que yo pueda buscar tratamiento.

Nombre del Paciente (o Padre/Tutor) – De Molde

Fecha

Nombre del Paciente (o Padre/Tutor) – Firma

Fecha