



Nombre (por favor escriba claramente):

**Los detalles del Berkeley Acupuncture Project
of California, a 501(c)(3) non-profit organization**

*Por favor inicialize cada sección, luego firme y feche en la última página.
¡Gracias!*

CARTA RESPONSIVA / DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

La acupuntura es la inserción de agujas especiales en áreas particulares del cuerpo. El propósito de este tratamiento es de prevenir o reducir dolor y mejorar su función corporal. Existen varios riesgos en este tratamiento, incluyendo la posibilidad de moretones en la piel y/o muy leve sangrado, debilidad, desmayo, y/o agravación de síntomas existentes antes del tratamiento con acupuntura. El riesgo de infección es bajo o nulo, siempre las agujas son estériles. En el BAP usamos solamente agujas estériles y desechables, de un sólo uso. No re-usamos agujas, ni siquiera en distintas áreas del cuerpo en la misma persona.

En el BAP no proveemos servicios médicos de cuidado primario ni de cuidado médico Occidental (alopático). Por favor visite a su médico de cabecera para esos servicios y chequeos de rutina. Si usted está embarazada, tiene algún desorden sanguíneo, marcapasos, presión arterial alta, infección local o le han recetado algún anticoagulante como Coumadin, podemos tratarle pero debemos estar conscientes de su condición. Al firmar abajo, afirma que ha informado a su acupunturista de dichas condiciones.

_____ ***Entiendo los riesgos y consiento voluntariamente los procedimientos explicados arriba.***

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD POR LA PÉRDIDA O ROBO DE BIENES

En el Berkeley Acupuncture Project no nos hacemos responsables por la pérdida o robo de bienes. Por favor no traiga objetos de valor a la sala de tratamiento. No podemos garantizar su seguridad.

_____ ***Deslindo de responsabilidad al Berkeley Acupuncture Project of CA por la pérdida o robo de bienes.***

PÓLIZA DE PRIVACIDAD

De acuerdo a la ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) y la Ley de California, En el BAP tomamos seriamente su derecho a la privacidad. Por lo tanto, no divulgamos nada de su información personal, de salud, finanzas u otra información sobre usted, ni los servicios que le proveemos a terceros partidos sin su permiso o solicitud. Esto incluye servicios que proveemos en el internet, incluyendo acceso a su información de citas, identificación de usuario o contraseña.

Como proveedores de salud y administradores, también somos responsables de estar al día con los reglamentos de HIPAA y de entrenar a todos nuestros miembros del equipo y nuevos empleados para asegurarnos que su información personal de salud no sea comprometida. Si en algún momento tiene alguna queja o preocupación sobre su privacidad, por favor contacte a la responsable de relaciones públicas del BAP o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

_____ ***Entiendo la póliza de privacidad del Berkeley Acupuncture Project of CA.***

PÓLIZA FINANCIERA

En el Berkeley Acupuncture Project nos esforzamos en lograr que el cuidado alternativo de la salud, específicamente la Acupuntura y la Medicina China sea accesible a la mayor cantidad de público posible a un costo accesible. Respetando nuestra intención de ofrecer cuidado de salud de alta calidad a bajo costo, le pedimos que nos notifique por lo menos 12 horas antes si es necesario cancelar su cita. **Toda cita que sea cancelada con menos de 12 horas de anticipación, ó faltar a su citas sin notificar, serán cobradas a \$20 por cita.** Si las citas son adquiridas en un paquete, las citas perdidas o canceladas serán deducidas del número de citas restantes en el paquete. Si usted falta a su cita, puede ser visto el mismo día por el mismo acupunturista con quien tenía su cita originalmente si hay cabida. Si quiere llegar más tarde el mismo día y ver a otra/o acupunturista, tiene que hacer otra cita y pagar por ambas.

_____ ***Estoy de acuerdo con la Póliza Financiera del Berkeley Acupuncture Project of CA.***

Firmando abajo, declaro estar de acuerdo con las pólizas, y deslindes de responsabilidad establecidos en la totalidad de este documento.

Firma _____

Fecha ____/____/____