

Bienvenido a



Información Confidencial del Paciente:

Número De Cuenta: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de la lesión: _____

Nombre: _____

¿Cómo desea que se le llame (apodo)? _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad/Estado: _____

Código Postal: _____

Descripción de su trabajo:

Teléfono Residencial: _____

Teléfono Celular:

Teléfono Empleo: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Género: _____

¿Está Embarazada? _____

Núm. Seguro Social: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Relación:

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Cómo supo sobre nosotros?

Amigo/Conocido: _____

Doctor: _____

Otro: _____

Nombre Medico Primario: _____

Nombre Clínica:

Teléfono: _____

¿Podemos enviar reportes/recomendaciones? Si ___ No ___

Firma Paciente: _____

Firma de Esposo/a o tutor: _____



Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Algún miembro de su familia ha recibido atención quiropráctica? _____

¿Ha usted recibido atención quiropráctica? No ___ Si _____ ¿Cuándo fue la última vez? _____

¿Con que frecuencia toma bebidas alcohólicas? _____

¿Usted fuma? No ___ Si _____ ¿Cuánto? _____

¿Regularmente, cuanto ejercicio realiza?

Ninguno _____ Poco _____ Moderado _____ Agotador _____ Especificar: _____

¿Tiene alguna alergia? (especificar) _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

¿Cuándo fue la última vez que tuvo algún tipo de accidente? _____

Liste todas las cirugías que ha tenido y las veces que estuvo en el hospital:

Estatura: _____ pies _____ pulgadas

Peso: _____

Firma de Paciente: _____

Firma de Esposo/a o tutor: _____



Describe todos tus síntomas y cómo comenzaron: _____

¿Cuándo le comenzaron estos síntomas? _____

Marca todas las que aplican al dolor:

Agudo Punzante Sordo Picor Ardor Entumecimiento

Tensión Pulsante Cosquilleo Propagante (por todas partes)

Especificar: _____

¿Con que frecuencia experimenta los síntomas?

Todo el día (76% al 100% del día)

Mayoría del día (51% al 75%)

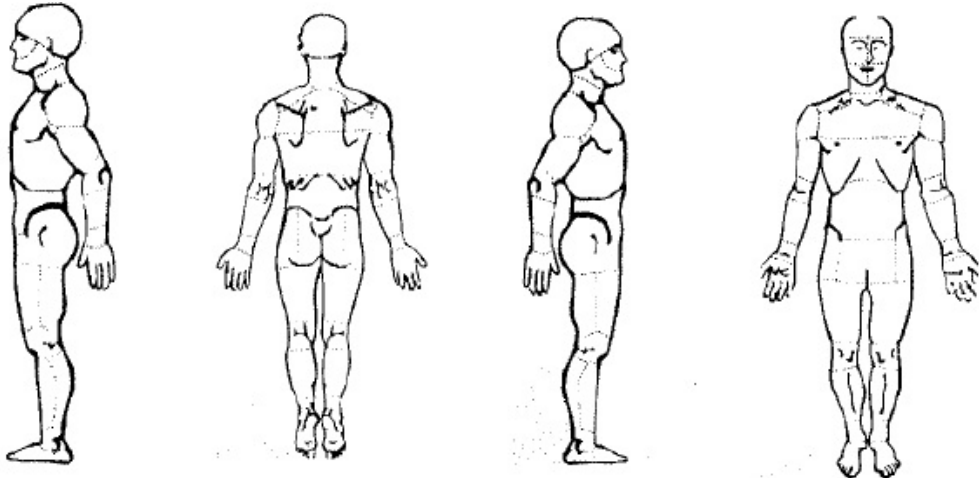
Mitad del día (26% al 50%)

Ocasionalmente (0% al 25%)

Circula el número que mejor describe como son tus síntomas, en su:

| | Ninguna | | | | | | | | | | Severo |
|-------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------|
| Peor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Mejor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Indica el área en donde siente dolor:



Firma de Paciente: _____

Firma de Espos/a o tutor: _____



¿Cómo han cambiando sus síntomas?

_____ Se está sintiendo mejor

_____ Permanece igual

_____ Se está poniendo peor

¿Qué actividades empeoran los síntomas? _____

¿Qué actividades mejoran los síntomas? _____

¿Ha tenido estos síntomas en el pasado? _____ Sí _____ No

¿A quien has visto para tus síntomas?

_____ Nadie _____ Doctor Médico _____ Terapeuta Físico _____ Otro Quiropráctico

_____ Otro _____

Marca que exámenes te has tomado para estos síntomas y cuando fueron tomados:

_____ Rayos-X Fecha: _____

_____ MRI Fecha: _____

_____ CT scan Fecha: _____

_____ Otro: _____ Fecha: _____

¿Qué tipo de ayuda usted desea de nuestros doctores y equipo de trabajo? (Marque todas las que aplican)

- _____ Reducir dolor
- _____ Explicación de mi condición y tratamiento
- _____ Educación sobre como sentirse genial naturalmente
- _____ Reanudar / aumentar las actividades normales de rutina
- _____ Como prevenir que el dolor regrese

Firma de Paciente: _____

Firma de Esposo/a o tutor: _____



Por cada una de las condiciones enlistadas debajo, marca en la columna PASADO si usted tuvo la enfermedad en el pasado y ya no la tiene. Si usted actualmente tiene la condición, favor de marcar en la columna PRESENTE.

| Pasado | _____ | Presente | _____ | |
|--------|-------|----------|-------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | Hemorragia Excesiva |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Presión Arterial Baja/Alta |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Huesos |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Rotos/ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Fractura |
| _____ | _____ | _____ | _____ | dos |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Problemas |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Circulatorios |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Asma |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Rupturas |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Tos con sangre |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Trastorno alimenticio |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Alcoholismo |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Adicción a drogas |
| _____ | _____ | _____ | _____ | VIH/ SIDA |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Ataques/ Convulsiones |

Por favor circule si alguien en su **familia inmediata** ha tenido o tuvo : CANCER DIABETES ARTRITIS ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

Si es así, por favor explique: _____

| Vesícula | Pasado | Presente | | | |
|----------|--------|----------|-------|-----------------------|------------------------|
| a | _____ | _____ | _____ | Mareo | respiratorios |
| Dolores | _____ | _____ | | / | Problemas del corazón |
| de | _____ | _____ | | Desmayo | Incontinencia urinaria |
| Cabeza | _____ | _____ | | Insomnio | Estreñimiento |
| | _____ | _____ | | Fatiga | Diarrea |
| | _____ | _____ | | Úlceras | Problemas Digestivos |
| | _____ | _____ | | Problemas de visión | Nausea |
| | _____ | _____ | | Problemas de audición | Problemas Femeninos |
| | _____ | _____ | | | Próstata |
| | _____ | _____ | | | Pérdida de Memoria |
| | _____ | _____ | | | Manos/Pies Fríos |
| | _____ | _____ | | | Temblores de Manos |
| | _____ | _____ | | | Depresión/Ansiedad |
| | _____ | _____ | | | Dificultad al Hablar |
| | _____ | _____ | | | Hepatitis |

Listar todas las prescripciones, medicinas sin receta, y suplementos nutricionales/herbales que está tomando: _____

Firma de Paciente: _____

Firma de Esposo/a o tutor: _____



Política Financiera de la Oficina

Si Usted No Tiene Seguro: Todos los pagos se pagan al momento del servicio o de acuerdo al plan de pago que usted haya acordado. Su saldo personal no puede exceder \$ 100 en ningún momento. En *Specific Care Chiropractic*, le ofrecemos planes de atención para que sea más accesible a su presupuesto personal.

Si Usted Tiene Seguro: Por favor complete su información de seguro a continuación. Todos los deducibles y pagos compartidos se pagan al momento del servicio o de acuerdo al plan de pago que

usted haya acordado.. Su saldo del coseguro no puede exceder los \$100 en ningún momento. En *Specific Care Chiropractic*, ofrecemos planes de atención más accesible a su presupuesto personal.

Nombre Compañía de Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Teléfono Compañía de Seguro: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Póliza: _____

Nombre Abogado (si aplica): _____

A usted se le considera como un paciente en efectivo hasta que calificuemos y aceptemos su cobertura de seguro.

*Si usted actualmente tiene un seguro secundario, nosotros le cobraremos a ellos por usted.

*Si su compañía de seguro no ha pagado su reclamo dentro de los sesenta (60) días de someterlo, usted acepta en participar activamente para recobrar su reclamo.

*Si su compañía de seguro no ha pagado su reclamo dentro de los noventa (90) días de someterlo, usted acepta la responsabilidad del pago completo de cualquier saldo sin pagar y nos autoriza a usar su tarjeta de crédito para cobrar el pago completo.

*Si usted discontinúa el tratamiento por cualquier motivo que no sea el alta por el doctor, todos los saldos se harán inmediatamente exigibles y pagaderos en su totalidad por usted, independientemente de cualquier reclamación presentada.

Nombre del Paciente (impreso): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Administrador de Cuentas: _____

Fecha: _____



Fecha: _____

Autorización Para Liberar Información Médica:

Yo autorizo a que liberen la información médica necesaria para procesar este (estos) reclamo(s) de seguro y se permita que lo siguiente pueda usarse en lugar del documento original para todos los reclamos de seguro federal, estatal, compensaciones, o responsabilidad de pago.

- 1- Una fotocopia de otra reproducción facsímil de esta autorización, o
- 2- El uso de computadora para indicar que mi firma está registrada en la clínica, y/o
- 3- Uso de computadora para transmitir electrónicamente mi reclamo para procesarlo.

Iniciales _____

Autorización para Asignar Beneficios Médicos a la Clínica:

Yo certifico que la información provista relacionada a mis lesiones, enfermedades, y cobertura de seguro es verdadera y correcta. Yo autorizo el pago de beneficios de seguro o las recaudaciones de cualquier pago por responsabilidad de reclamaciones y liquidaciones monetarias legales/corte para que se asignen a los médicos de esta clínica y puedan quedar sus costos totalmente pagados.

Iniciales _____

Reconocimiento de Limites de Seguros:

Muchas compañías de seguros requieren una recomendación por escrito de un médico de atención personal antes del servicio (consulta, cirugía y pruebas diagnósticas-IRM). Los pacientes, los padres o tutores son responsables de 1) obtener los referidos de los médicos y 2) contactar su compañía de seguros para verificar los beneficios antes del servicio. Los pacientes también son responsables de servicios no cubiertos, deducibles, co-seguro y otras penalidades impuestas por su compañía de seguro a nuestros médicos por atender pacientes fuera de la red. Los pagos compartidos se pagan al final del servicio.

Iniciales _____

Reconocimiento de la Responsabilidad de Pago:

El pago por servicios médicos es entre la clínica (el médico) y el paciente. Se hace el pago completo de acuerdo a los términos de la política de crédito de la clínica. Yo entiendo que esta clínica no puede aceptar responsabilidad por cobrar o negociar un arreglo en cualquier disputa de: 1) reclamación de seguro de salud, 2) reclamación de indemnización laboral, 3) reclamo de responsabilidad de pago por lesión accidental/enfermedad, 4) reclamo donde el paciente es / será representado por un abogado, y/o 5) reclamo que se resolverá con una liquidación monetaria en un tribunal de justicia.

Iniciales _____

Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad:

Yo entiendo que *Specific Care Chiropractic* usará o revelará mi información de salud protegida para los fines de diagnóstico o darme tratamiento, obtener cuentas de atención de salud o para llevar a cabo operaciones de atención de salud de *Specific Care Chiropractic*.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en respecto a cómo mi información protegida se usa o revela para poder llevar a cabo el tratamiento, pago o prácticas de las operaciones de atención de salud. *Specific Care Chiropractic* no está sujeta a estar de acuerdo con las restricciones que pueda solicitar. Si *Specific Care Chiropractic* está de acuerdo con una restricción, es obligatoria para ellos y sus profesionales de la salud.

Yo le doy mi permiso a *Specific Care Chiropractic* para usar mi dirección, número de teléfono y expedientes clínicos para contactarme con tarjetas de cumpleaños, días festivos e información sobre tratamientos alternativos u otra información relacionada a la salud.

Iniciales _____



Política de Masaje Terapéutico

Fecha: _____

Estoy de acuerdo en llegar de 10-15 minutos temprano para poder registrarme antes de comenzar mi masaje para asegurar que el médico y el terapeuta estén informados de mis síntomas en ese día.

Iniciales _____

Si tuviera que cancelar mi cita de masaje, se requiere que notifique con 24 horas de anticipación. Entiendo que si llamo el mismo día para reprogramar mi cita, o si no me presento para mi masaje, habrá un cargo de \$40.

Iniciales _____

Entiendo y estoy de acuerdo en que *Specific Care Chiropractic* hará todo lo posible para trabajar con mi compañía de seguro para el reembolso del masaje, y sé que soy el responsable de todos que recibí.

Iniciales _____

Estoy de acuerdo en mantener mi teléfono en silencio durante mi terapia.

Iniciales _____



Autorización Información Médica

Yo, _____, por a presente autorizo a Specific Care Chiropractic para
Nombre Paciente

divulgar toda la información médica a los siguientes nombres abajo.

| Nombre | Relación con el paciente | Teléfono |
|----------|--------------------------|----------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |

Firma de Paciente

Fecha



Consentimiento Informado para El tratamiento Quiropráctico

AL PACIENTE: Tiene derecho a estar informado sobre su condición, el tratamiento quiropráctico recomendado y los riesgos potenciales relacionados con el tratamiento recomendado. Esta información lo ayudará a tomar una decisión informada sobre recibir el tratamiento o no. Esta información no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo por informarlo mejor para que pueda dar o negarse a dar su consentimiento para el tratamiento.

Solicito y consiento los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico. El tratamiento quiropráctico puede ser realizado por los médicos con licencia de quiropráctica que trabajan en Specific Care Chiropractic.

He tenido la oportunidad de discutir con el Doctor de Quiropráctica, mi diagnóstico, la naturaleza y el propósito de mi tratamiento quiropráctico, los riesgos y beneficios de mi tratamiento quiropráctico, las alternativas a mi tratamiento quiropráctico y los riesgos y beneficios de un tratamiento alternativo, incluyendo no recibir tratamiento. Entiendo que existen algunos riesgos para el tratamiento quiropráctico, que incluyen, entre otros, huesos rotos / desgarros / distensiones, dislocaciones, quemaduras o congelación (fisioterapia), empeoramiento / agravamiento de las afecciones de la columna, aumento de los síntomas y el dolor, sin mejorarse de los síntomas o dolor.

En casos raros, se han informado complicaciones de la disección de la arteria vertebral (derrame cerebral) cuando un paciente recibe un ajuste cervical. Las complicaciones reportadas pueden incluir mareos temporales menores, náuseas, parálisis, pérdida de visión, síndrome bloqueado (parálisis completa de músculos voluntarios en todas las partes del cuerpo, excepto las que controlan el movimiento ocular).

No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. También entiendo que no se me han hecho garantías ni promesas con respecto a los resultados esperados del tratamiento. He leído, o me han leído, el consentimiento arriba. También tuve la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar, doy mi consentimiento para el plan de tratamiento. Tengo la intención de que consiento cubra todo el curso de tratamiento para mi condición actualmente.

Para ser completado por el paciente: **Para ser completado por el representante del paciente:**

Nombre (impreso): _____

Nombre (impreso): _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha Firmada: _____

Fecha Firmada: _____

Nombre: _____ ID: _____ Fecha: _____

Índice de Clasificación Funcional

Con el fin de evaluar adecuadamente su condición, debemos entender cuánto sus problemas de cuello y espalda han afectado su capacidad para manejar las actividades diarias.

Para cada elemento de abajo, CIRCULE el número que mejor describa su condición en este momento.

| Intensidad del dolor | No dolor (0) | Dolor leve (1) | Dolor moderado (2) | Dolor severo (3) | Peor dolor posible (4) |
|--|---|--|---------------------------------------|--|--|
| Durmiendo | Duerme perfectamente (0) | Duerme levemente perturbado (1) | Duerme moderadamente perturbado (2) | Duerme muy perturbado (3) | No puedo dormir (4) |
| Cuidado Personal (bañarse, vestirse, etc) | No dolor (0) | Dolor leve (1) | Dolor moderado (2) | Necesita algo de ayuda (3) | Dolor severo, necesita 100% de ayuda (4) |
| De Viaje (conducir, etc) | No dolor en viajes largos (0) | Dolor leve en viajes largos (1) | Dolor moderado en viajes largos(2) | Dolor moderado en viajes cortos (3) | Dolor severo en viajes cortos (4) |
| Trabajar | Puedo hacer trabajo usual y extra ilimitado (0) | Puedo hacer trabajo usual pero no trabajo extra(1) | Puedo hacer 50% de trabajo usual. (2) | Puedo hacer 25% de trabajo usual. (3) | No puedo trabajar (4) |
| Recreación | Puedo hacer todas las actividades. (0) | Puedo hacer la mayoría de las actividades (1) | Puedo hacer algunas actividades (2) | Puedo hacer pocas actividades (3) | No puedo hacer actividades (4) |
| Frecuencia del dolor | No dolor (0) | Dolor ocasional, 25% del día. (1) | Dolor Intermitente, 50 % del día. (2) | Dolor Frecuente, 75% del día. (3) | Dolor constante, 100% del día. |
| Levantar | No dolor con peso pesado. (0) | Aumenta dolor con peso pesado. (1) | Aumenta dolor con peso mediano. (2) | Aumenta dolor con peso liviano. (3) | Aumenta dolor con cualquier peso. (4) |
| Caminar | No dolor, cualquier distancia. (0) | Aumenta dolor después de 1 milla. (1) | Aumenta dolor después de ½ milla. (2) | Aumenta dolor después de ¼ de milla. (3) | Aumenta dolor al caminar. (4) |
| De pie | No dolor después de varias horas. (0) | Aumenta dolor después de varias horas. (1) | Aumenta dolor después de 1 hora. (2) | Aumenta dolor después de ½ hora. (3) | Aumenta dolor cuando estoy de pie. (4) |

Total: _____

Porcentaje: _____

Firma Paciente: _____

Fecha: _____