

## INFORMACION GENERAL

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_ Sexo: masculino  femenina   
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de conducir y estado: \_\_\_\_\_ Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  
Nombre de su esposo (a): \_\_\_\_\_ Trabajo de su esposo (a): \_\_\_\_\_  
Ocupación de su esposo (a): \_\_\_\_\_ Numero y edades de sus hijos: \_\_\_\_\_  
Referido a esta oficina por? \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA

Tiene usted seguro medico?  Si  No (necesitamos copia para nuestros expedientes)

Esta cubierto el paciente con seguro adicional?  Si  No Que compañía?: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LESION

Su lesión es relacionada con su trabajo?  Si  No Relacionada en accidente automovilístico?  Si  No  
Fecha de Lesión: \_\_\_\_\_

## METAS PARA EL CUIDADO

Las personas consideran a quiroprácticos para una variedad de diversas razones. Algunos van para la relevación del dolor, algo a corregir la causa y otras para la prevención. Su doctor pesará sus necesidades y deseos al recomendar su programa de la salud. Marque por favor el tipo de cuidado deseado para podernos dirigir por sus deseos siempre que sea posible.

- Relevación sintomática- Relevar el dolor o la molestia
- Cuidado Correctivo – Corregir, relevar, estabilizar la causa de su problema.
- Prevención – Mantener su cuerpo al grado más alto de salud posible.
- Quisiera que el doctor seleccionara el tipo de cuidado apropiado para mis condiciones.

Enumere a cualquier otro doctor que usted haya consultado para esta condición:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_ ¿Si es necesario, tenemos su permiso de enviar la información con respecto a su cuidado a su médico primario?  Si  No

Ha recibido cuidado quiropráctico en el pasado:  Si  No Cuando?: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

**Queja Principal**

#1 ¿Cual es la razón de su visita hoy? Por favor escriba todos su problemas médicos empezando con el problema principal; el más importante.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#2 ¿Desde cuándo tiene usted este problema?

\_\_\_\_\_

#3 Su problema principal comenzó:

Gradualmente       De repente       A causa de un accidente       No está seguro/a

#4 Su problema está presente:  El 100% del tiempo       50% del tiempo

Menos de 25% del tiempo       75% del tiempo       25% del tiempo

#5 Su problema esta:  mejorando       empeorando       se manutiene igual

#6 Su problema está peor durante:

La mañana       Medio día       Tarde       Noche

#7 Su problema afecta:

Su trabajo       Cuanto duerme       Recreación       Tiempo con la familia  
 Durante su rutina diaria

#8 ¿Ha consultado algún otro profesional con este problema?

No       Quiropráctico       Profesional Medico  
 Terapia física       Otro; \_\_\_\_\_

#9 ¿Ha tenido este problema antes?       Si       No

#10 Indique la severidad del su dolor.

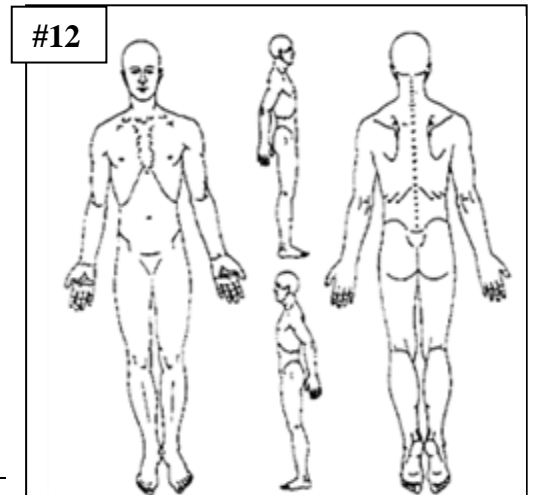
(No hay dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Extremo)

#11 Indique el nivel de su empeño en corregir este problema

(no empeñado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Empanado)

#12 Indique todas las partes del cuerpo donde tiene usted problema.

Por favor marque TODAS las áreas aunque sean pequeñas y no sean la razón de su visita.



**Aviso sobre el Embarazo:** A mi mejor conocimiento no estoy embarazada. Entiendo que los rayos x pueden ser dañosos un niño que esta por nacer.  
Día del último cicló menstrual: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento de un hijo menor de edad:** Yo, siendo el padre o guardián legal del hijo menor de edad, doy mi permiso para la evaluación, rayo x y cuidado Quiropráctico.

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Historial Médico/

**Síntomas**

#1 Edad de su padre \_\_\_\_\_. Si esta fallecido cual fue la causa: \_\_\_\_\_

#2 Edad de su madre \_\_\_\_\_. Si esta fallecido cual fue la causa: \_\_\_\_\_

#3 ¿Tiene usted hermanos o hermanas?  Si  No

#4 En su familia hay problemas de:  El corazón  Diabetes  Otro:

\_\_\_\_\_  Cáncer  Artritis

#5 ¿Esta usted tomando medicamentos?  Si  No

¿Si su respuesta fue si, cuales está tomando?  Para los hormones  Anti-inflamatorias

Para la presión  Medicina para dolor

Para la diabetes  Relajantes para los

músculos  Para la tiroides  Medicina  
sin recetada  Anticonceptivas

#6 ¿En cuál posición trabaja usted?:  Parado/a  Sentado/a  Moviéndose

#7 Normalmente duerme usted:  De espalda  De lado  En su estomago

#8 ¿Cuántas horas duerme usted cada noche?  4hrs o menos  5-6 hrs  7-8 hrs  
 8-10 hrs  10-11 hrs  12 hrs o mas

#9 Usa usted: Tabaco / Cigarros  Si  No Cuantos a la semana \_\_\_\_\_

Alcohol  Si  No

Café / Té  Si  No

Vitaminas  Si  No

#10 ¿Hace usted ejercicio?  Si  No

#11 ¿Ha tenido usted algunos de los siguientes problemas?

- |                                 |   |  |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alergias  | <input type="radio"/> Presión baja        | <input type="radio"/> Piedras en el riñón      | <input type="radio"/> Problemas en los pies     |
| <input type="radio"/> Temblores | <input type="radio"/> Ansiedad            | <input type="radio"/> Hipoglucemia             | <input type="radio"/> Problemas de las hormonas |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Artritis            | <input type="radio"/> Problemas al orinar      | <input type="radio"/> Lesiones en la piel       |
| <input type="radio"/> Mareos    | <input type="radio"/> Gas Anormal         | <input type="radio"/> Problemas sicológicos    | <input type="radio"/> Problemas del corazón     |
| <input type="radio"/> Insomnio  | <input type="radio"/> Irritable           | <input type="radio"/> Perdida de conciencia    | <input type="radio"/> Enfermedad hereditaria    |
| <input type="radio"/> Moretones | <input type="radio"/> Varices             | <input type="radio"/> Problemas de circulación | <input type="radio"/> Orina con frecuencia      |
| <input type="radio"/> Fracturas | <input type="radio"/> Estreñido           | <input type="radio"/> Problemas del riñón      | <input type="radio"/> Sangrado de la nariz      |
| <input type="radio"/> Fatiga    | <input type="radio"/> Convulsiones        | <input type="radio"/> Dolor de espalda         | <input type="radio"/> Problemas respiratorios   |
| <input type="radio"/> Comezón   | <input type="radio"/> Dolores de cabeza   | <input type="radio"/> Sangre en las heces      | <input type="radio"/> Problemas digestivos      |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Meningitis          | <input type="radio"/> Sangre en la orina       | <input type="radio"/> Problemas sexuales        |
| <input type="radio"/> Diabetes  | <input type="radio"/> Hinchazón           | <input type="radio"/> Entumecimiento           | <input type="radio"/> Problemas respiratorios   |
| <input type="radio"/> Diarrea   | <input type="radio"/> Operaciones/Cirugía | <input type="radio"/> Orina en la noche        | <input type="radio"/> Extremidades frías        |
| <input type="radio"/> Cáncer    | <input type="radio"/> Pérdida de peso     | <input type="radio"/> Escalofríos              | <input type="radio"/> Problemas en los ojos     |
| <input type="radio"/> Sinusitis | <input type="radio"/> Problemas al oír    | <input type="radio"/> Presión baja             |   |

Agregue detalles o comentarios aquí:

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

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

## **POLIZA DE LA OFICINA**

Es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado de salud, el seguro o mi información del contacto.

**PLAN #1 - SEGURO:** Entiendo y convengo que las pólizas de seguro de la salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y yo mismo. Todos los servicios profesionales rendidos se cargan directamente al paciente (yo) y son mi responsabilidad. Requerimos que su día de la examinación y cargas del ajuste 1rst estén pagados por completo cuando se rinden los servicios y hasta que se ha verificado la cobertura de seguro. Si su deducible anual no se ha resuelto, si algunos servicios son negados o no cubiertos, si siente bien su cobertura inactiva o le han resuelto los honorarios máximos de la ventaja para los servicios será su responsabilidad. En caso que su cheque del seguro se envíe a usted esperamos que usted lo presente a esta oficina si hay cargos debidos.

**PLAN #2 - EFECTIVO:** Los honorarios son pagados a la hora de servicio, a menos que las medidas especiales se hayan tomado por adelantado. Si las medidas especiales son tomadas y usted llegar a ser inactivas continuando su cuidado, su equilibrio sin pagar entero estará derecho inmediatamente. Esto se aplica a todos los tipos del plan excepto demandas auto de lesión y de lesión del trabajo.

**PLAN #3 - REMUNERACIÓN DE S DEL TRABAJADOR:** Divulgue su accidente a su patrón, tráigalo en la información necesaria del seguro, y llene el formulario y firme apropiados para mandar la cuenta por la segunda visita. Mandaremos la cuenta su seguro directamente. En el acontecimiento usted recibe el cheque del seguro, nosotros espera que usted presentará el cheque a nuestra oficina.

**PLAN #4 - LESIÓN AUTOMOVILISTICA:** Nos proveerá con el informe de accidente, su seguro de coche, seguro médico, el seguro obligado de los partidos, y el abogado si fuera aplicable. Hasta que la información necesaria del seguro se recopilada y se verifica para el cuidado del quiropractico, le requerirán pagar su cuidado. Mandaremos la cuenta a su seguro directamente después de la verificación de la cobertura. En caso que usted reciba el cheque del seguro, esperamos que usted presente el cheque a nuestra oficina.

Cualquier cantidad sin pagar restante del tratamiento después (de 60) días llevará interés en el tipo de interés anual legal más alto permitido en Idaho hasta que está pagada. Si la oficina tiene que emplear un abogado, una agencia de colección o medios del exterior del uso de recoger cuentas atrasadas, usted debe reembolsar la oficina para cualesquiera honorarios del abogado, costos de la corte o colección pagadas en recoger la cuenta.

CALIFICO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DEL PLAN # \_\_\_\_\_.

Yo puedo solicitar una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad del Quiropráctico y comprendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar éste documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y diseminaciones de mi información protegida de salud que ocurra en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de cuidado de salud de mi Quiropráctico. El Aviso de Prácticas de Privacidad para el Quiropráctico es también publicado en el cuarto de espera de Main Health Solutions. Este aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y responsabilidades del Quiropráctico con respecto a mi información protegida de salud.

### **AUTORIZACIÓN DE LANZAR LA INFORMACIÓN**

Le autorizo a lanzar cualquier información juzgada apropiada a cualquier compañía, abogado o ajustador de seguros para procesar mis demandas para el reembolso, y le lanzo de cualquier consecuencia de eso. Podemos divulgar su información personal de la salud (PHI) a los miembros de la familia de los amigos cercanos que le acompañan si la determinamos estamos en su mejor interés así que podemos proveer de usted el mejor cuidado posible. Podemos también divulgar su PHI a un miembro o algún otro de la familia que ayuden a la paga para su cuidado médico. Usted tiene la derecha de solicitar una restricción en cómo utilizamos su o divulgamos su PHI.

### **AMBIENTE ABIERTO**

mantenemos un ambiente abierto la oficina para crear un sentido del calor, de la familia, de curativo, y de la educación. Durante ajustes, no pasamos la información privada; sin embargo, usted será en un área abierta donde otros pueden verle y/o oír por casualidad la conversación. Si hay una necesidad de discutir algo de una naturaleza personal o privada, usted debe solicitar una cita especial en uno de nuestros cuartos privados. Un doctor o un miembro entrenado del personal hablará con usted sobre su condición, la preocupación u otras materias.

### **TERMINOS DE ACEPTACION**

No diagnosticamos condiciones o enfermedades, con excepción de subluxaciones vertebrales. No ofrecemos NINGÚN tratamiento de condiciones o de la enfermedad, con excepción de subluxaciones vertebrales. No prometemos NINGUNA curación de ninguna condición o enfermedad.

### **NUESTRA META**

NUESTRA META es localizar, analiza y corrige interferencia espinal al sistema nervioso. El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función corporal.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la declaracion ante dicha y la entiendo totalmente. Emprendo cuidado médico del quiropractico sobre esta base.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_