

Thomas Chiropractic Center
1002 South New Hope Road
Gastonia, NC 28054

Datos del paciente

Fecha

Título: (Marque uno) Sr. Sra. Srta. Dr. Otro _____

Nombre _____ **Inicial del segundo nombre** ____ **Apellido** _____

Dirección, primera línea _____

Dirección, segunda línea _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono particular (____) _____ - _____ **Teléfono del trabajo** (____) _____ - _____

Teléfono celular (____) _____ - _____ **Correo electrónico** _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ **Sexo:** Masculino Femenino

Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____ **Estado civil:** Soltero Casado Otro

Situación laboral: Empleado Desempleado Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial Otro _____

Datos del cónyuge

Nombre _____ **Inicial del segundo nombre** ____ **Apellido** _____

Teléfono particular (____) _____ - _____ **Teléfono del trabajo** (____) _____ - _____

Datos del empleador

Nombre _____

Ocupación _____ **Descripción del trabajo** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Contacto de emergencia

Nombre de contacto _____ **Relación con el paciente** _____

Teléfono particular de contacto (____) _____ - _____ **Teléfono celular** (____) _____ - _____

Firma del médico _____

Nombre del paciente _____

Fecha _____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? _____

Enfermedades: (Marque todas las que le correspondan)

Artritis	Cáncer	Diabetes	Enfermedad cardíaca
Hipertensión	Enfermedad psiquiátrica	Trastornos de la piel	Accidente cerebrovascular
Otro _____			

Cirugías: (Marque todas las que le correspondan)

Apendicectomía	Procedimiento cardiovascular	Columna cervical	Histerectomía
Reemplazo de articulaciones	Próstata	Columna vertebral	Vesícula biliar
Cerebro	Hombro	Columna torácica	Rodilla
Túnel carpiano	Gastrointestinal	Urogenital	Hernia
Otro _____			

Alergias: (Marque todas las que le correspondan)

Huevos	Pescado y mariscos	Leche o lactosa	Maní
Soya	Sulfitos	Trigo o gluten	Otro _____

Antecedentes sociales: (Marque todas las que le correspondan)

Consumo de cafeína:	ocasionalmente	a menudo	nunca
Consumo de alcohol:	ocasionalmente	a menudo	nunca
Ejercicio:	ocasionalmente	a menudo	nunca
Masticar tabaco:	ocasionalmente	a menudo	nunca
Cigarrillos:	<1 cajetilla al día	<1 paquete al día	nunca
Uso de cinturón de seguridad:	ocasionalmente	siempre	nunca
Otro _____			

Antecedentes familiares: (Marque todo lo que corresponda)

Artritis:	Padre	Hermanos
Cáncer:	Padre	Hermanos
Diabetes:	Padre	Hermanos
Enfermedad cardíaca	Padres	Hermanos
Hipertensión	Padre	Hermanos
Accidentes cerebrovasculares	Padre	Hermanos
Tiroides	Padre	Hermanos
Otro _____		

Actividades ocupacionales: (Marque la casilla que mejor describa la descripción de su trabajo)

Administración	Propietario de empresa	
Administrativo o secretaria	Usuario de computadora	
Operador de equipo pesado	Guardería o cuidado infantil	Construcción
Atención de salud	Industria del servicio de alimentos	Trabajo manual medio
Fabricación	Servicios domiciliarios	Trabajo manual pesado
Trabajo manual liviano	Ejecutivo o legal	Ama de casa
Otro _____		

Firma del médico _____

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Antecedentes de salud – (Marque la casilla de verificación si tiene problemas en cualquiera de los siguientes sistemas, haga un círculo en NO si no tiene problemas)

Cardiovascular	En el pasado	Actualmente	No	Respiratorio	En el pasado	Actualmente	No	Alérgico o inmunológico	En el pasado	Actualmente	No
Mala circulación				Asma				Urticaria			
Hipertensión				Tuberculosis				Trastorno inmunitario			
Aneurisma aórtico				Dificultad para respirar				VIH/SIDA			
Enfermedades cardíacas				Enfisema				Inyecciones antialérgicas			
Ataque cardíaco				Resfrío o gripe				Uso de cortisona			
Dolor de pecho				Tos							
Colesterol alto				Sibilancia							
Marcapasos								Otorrinolaringología			No
Dolor de mandíbula				Vista			No		En el pasado	Actualmente	
Latidos irregulares.					En el pasado	Actualmente		Dificultades para tragar			
Hinchazón de las piernas				Glaucoma				Mareos			
				Visión doble				Pérdida de la audición			
Aparato genitourinario			No	Vista borrosa				Dolor de garganta			
	En el pasado	Actualmente						Hemorragias nasales			
Enfermedad renal				Psiquiatría			No	Sangrado de encías			
Sensación de ardor al orinar					En el pasado	Actualmente		Sinusitis			
Micción frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				Gastrointestinal			No
Cálculos renales				Estrés					En el pasado	Actualmente	
Dolor en el costado inferior								Problemas de vesícula biliar			
				Sistema endocrino			No	Problemas intestinales			
Sistema neurológico			No		En el pasado	Actualmente		Estreñimiento			
	En el pasado	Presente		Tiroides				Problemas de hígado			
Accidente cerebrovascular				Diabetes				Úlceras			
Convulsiones				Caída del cabello				Diarrea			
Lesiones en la cabeza				Menopausia				Náuseas o vómitos			
Aneurisma cerebral				Menstruación				Deposiciones con sangre			
Entumecimiento								Inapetencia			
Fuertes dolores de cabeza				Hematología			No				
Dolor radicular					En el pasado	Actualmente		Sistema osteomuscular			No
Mal de Parkinson				Hepatitis					En el pasado	Actualmente	
Síndrome del túnel carpiano				Coágulos sanguíneos				Gota			
Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Hematomas				Rigidez de las articulaciones			
General			No	Sangrado				Debilidad muscular			
	En el pasado	Actualmente		Fiebre o escalofríos				Osteoporosis			
				Sudor				Fracturas			
Pérdida o aumento de peso								Reemplazo de articulaciones			
Bajo nivel de energía											
Dificultad para dormir											

Indique todos los medicamentos que toma actualmente

Firma del médico _____

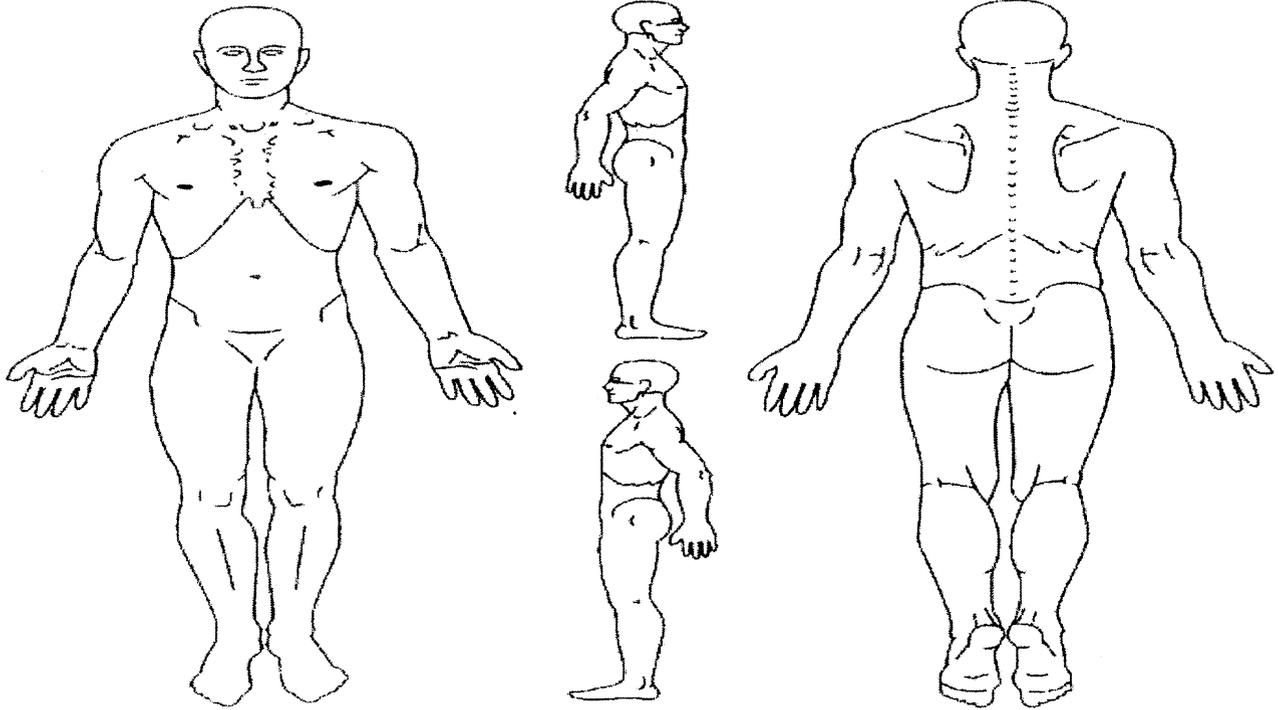
Nombre del paciente _____

Fecha _____

¿Está embarazada? Sí _____ No _____ N/A _____

Use las claves que se muestran a continuación para indicar en el diagrama del cuerpo el lugar donde siente los siguientes síntomas:

E=Entumecimiento A=Ardor P=Punzadas H=Hormigueo D=Dolor sordo



Describa sus síntomas en orden de severidad, empezando por el peor: _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? Mes _____ Día _____ Año _____

Sus síntomas son el resultado de:

Accidente en vehículo motorizado Accidente relacionado con el trabajo Otro _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas? _____

¿Con qué frecuencia experimenta los síntomas?

Constantemente (76 % a 100 % del día)	Frecuentemente (51 % a 75 % del día)	Ocasionalmente (26 % a 50 % del día)	Intermitentemente (0 % a 25 % del día)
--	---	---	---

¿Cómo describe la naturaleza de sus síntomas?

Agudo	Dolor sordo	Adormecido	Punzante
Ardor	Sensación de hormigueo	Puntadas	Otro _____

Firma del médico _____

Información de pago/seguro:

¿Quién es responsable de su factura? Seguro de Salud Propio Cónyuge Compensación del
Trabajador Seguro de auto. Medicare Medicaid Otros _____

Aseguradora de salud personal: _____ ID de la tarjeta # _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Grupo # _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____ / ____ / ____ médico de atención primaria

Lesiones de Compensación Laboral / Auto / Lesiones Personales:

¿Ha presentado un informe de lesiones a su empleador? Sí No Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ am/pm

Prácticas de privacidad de HIPAA

Reconozco que he recibido y/o se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de esta Oficina Quiropráctica para obtener información médica protegida.

Escriba el nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Date _____

Consentimiento para tratar a un menor: (nombre en letra de imprenta del menor)

Firma del tutor / cónyuge que autoriza el cuidado _____

Fecha _____

FIRMA DEL MÉDICO : _____ **Fecha:** _____

HNSintake011510

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Al paciente: Lea este documento por completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene este documento. Si algo no queda claro, pregunte antes de firmar.

La naturaleza del ajuste quiropráctico

El primer tratamiento que yo uso como médico quiropráctico es una terapia de manipulación de la columna. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Es posible que utilice las manos o un instrumento mecánico en su cuerpo de tal forma que mueva sus articulaciones. Esto puede ocasionar un "pop" o "clic" audible parecido al que usted ha experimentado cuando hace crujir los nudillos. Puede que experimente una sensación de movimiento.

Análisis, examen y tratamiento

Como parte del análisis, el examen y el tratamiento, usted da su consentimiento para los siguientes procedimientos.

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> terapia de manipulación de la columna | <input checked="" type="checkbox"/> palpación | <input checked="" type="checkbox"/> signos vitales |
| <input checked="" type="checkbox"/> examen de amplitud de movimiento | <input checked="" type="checkbox"/> examen ortopédico | |
| <input checked="" type="checkbox"/> examen neurológico básico | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> examen de fuerza muscular | <input checked="" type="checkbox"/> análisis postural | <input checked="" type="checkbox"/> ecografía |
| <input checked="" type="checkbox"/> terapia de uso de calor y frío | <input checked="" type="checkbox"/> estimulación eléctrica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> estudios radiográficos | <input checked="" type="checkbox"/> tracción mecánica | |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) | | |
-
-
-

Los riesgos materiales inherentes en el ajuste quiropráctico.

Como ocurre en cualquier procedimiento de atención de salud, existen ciertas complicaciones que pueden aparecer durante la manipulación quiropráctica y la terapia. Entre estas complicaciones se encuentran, entre otras: Fracturas, lesiones al disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, tensión y separación costovertebral y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se asocian a lesiones en las arterias en el cuello que llevan o contribuyen a generar graves complicaciones, como por ejemplo un ataque cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán rigidez y dolor después de los primeros días del tratamiento. Haré todos los esfuerzos razonables durante el examen para evaluar las contraindicaciones de la atención; sin embargo, si tiene una afección de la que no se me haya informado, es su responsabilidad informarme.

La probabilidad de que se ocurran estos riesgos.

Las fracturas se presentan en casos aislados y generalmente son el producto de una debilidad subyacente del hueso, la cual verifico cuando pregunto por sus antecedentes y durante el examen y las radiografías. El ataque cerebrovascular ha sido sujeto de tremendos desacuerdos. Las incidencias de ataques cerebrovasculares son extremadamente poco probables y se estima que ocurran entre uno en un millón y uno en cinco millones cuando se

trata de ajustes cervicales. Por lo general, las otras complicaciones también se describen como raras.

La disponibilidad y la naturaleza de las otras opciones de tratamiento

Entre las otras opciones de tratamiento para su condición se encuentran:

- Autoadministración de analgésicos de venta sin receta médica
- La atención médica y los medicamentos de venta con receta médica como por ejemplo, antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización
- Cirugía

Si elige utilizar uno de las opciones que se indican como "otros tratamientos" mencionadas anteriormente, debe estar consciente de que existen riesgos y beneficios de tales opciones y es posible que quiera analizar estas opciones con su médico de atención primaria.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento

No recibir tratamiento puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad la cual puede establecer una reacción al dolor además de la reducción de la movilidad. Con el tiempo este proceso puede complicar el tratamiento haciendo que sea más difícil y menos efectivo mientras más tiempo se pospone.

**NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDA LO ANTERIOR.
MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y FIRME DEBAJO**

Leí [] o me leyeron [] la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo analicé con Dr. Richard Thomas y se respondieron mis preguntas satisfactoriamente. Mediante la firma a continuación declaro que consideré los riesgos implicados al someterme al tratamiento y he decidido que es lo mejor para mí someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado sobre los riesgos, por el presente doy mi consentimiento para el tratamiento.

Fecha: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente

Nombre del médico

Firma

Firma

Firma del padre, madre o tutor
(si es menor de edad)

ROBINSON DBA THOMAS CHIROPRACTIC CENTER

Estoy de acuerdo en que:

Se ha reservado una franja horaria exclusivamente para mí y/o los miembros de mi familia. Entiendo que estoy obligado a dar aviso de cancelación dentro de las 24 horas de la hora programada de la cita en caso de que no pueda asistir a mi cita Sin la notificación adecuada, se me cobrará una tarifa obligatoria de \$45.00 por cita perdida.

También entiendo que mi compañía de seguros NO es responsable de las tarifas en las que se incurre por citas perdidas, y que sería poco ético o ilegal que Thomas Chiropractic Center facture por la cita perdida.

Firma del paciente:

**SE HARÁ UN CARGO DE \$45.00 POR
CITAS PERDIDAS SIN AVISO**