

Thomas Chiropractic Center

(PLEASE BE VERY SPECIFIC WITH YOUR ANSWERS. THANK YOU!!)(POR FAVOR, SAE MUY ESPECIFICO CON SUS RESPUESTAS GRACIAS!)

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE: _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____
TELEFONO DE LA CASA _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____

STREET ADDRESS AND NUMBER: _____
DIRECCION _____

MAILING ADDRESS IF DIFFERENT: _____
DIRECCION PARA ENVIOS SI ES DIFERENTE _____

CITY, STATE, AND ZIP: _____
CIUDAD, ESTADO Y CONDIGO POSTAL _____

AGE: _____ DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY # _____
EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

SEX: MALE FEMALE: # OF CHILDREN: _____ MARRIED SINGLE WIDOWED DIVORCED SEPERATED
SEXO MASCULINO FEMENINO: # DE HIJOS CASADO/A SOLTERO/A VIUDO/A DIVORCIADO/A SEPARDO/A

OCCUPATION: _____ EMPLOYER: _____
OCUPACION _____ EMPLEADOR _____

DRIVERS LICENSE #: _____ STATE: _____
#DE LICENCIA _____ ESTADO _____

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE CONTACT (INCLUDE PHONE): _____
EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTAR A (# DE TELEFONO) _____

DO YOU HAVE AN ATTORNEY REPRESENTING YOU FOR YOUR ACCIDENT?: YES NO
TIENE USTED ALGUN ABOGADO QUE LO REPRESENTA POR EL ACCIDENTE? SI NO

IF YES, WHO?: _____
(SI LO TIENE INDIQUE EL NOMBRE)

I. CHIEF COMPLAINT: MOLESTIA PRINCIPAL:

Describe your current complaint that you are requesting evaluation and treatment from this office. Please check the symptoms that you have since the accident:

Describe su molestia actual por la que esta requiriendo evaluacion y tratamiento en esta oficina. Por favor verifique los sintomas que usted tiene desde el accidente:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches
Dolor De Cabeza | <input type="checkbox"/> Pain across Shoulder Blades
Dolor a traves de los Omoplatos | <input type="checkbox"/> Loss of Memory
Perdida de la Memoria | <input type="checkbox"/> Constipation
Estrenimiento |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain/ Stiffness
Dolor en el Cuello / torticollis | <input type="checkbox"/> Numbness in toes
Adormecimiento en los dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dizziness
Mareo | <input type="checkbox"/> Pain Behind Eyes
Dolor detras de los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Mid Back Pain
Dolor en el Medio de la espalda | <input type="checkbox"/> Arm/Leg Weakness
Debilidad Brazos / Piernas | <input type="checkbox"/> Numbness in Fingers
Entumecimiento en los Dedos | <input type="checkbox"/> Clicking/ Popping Jaw
Sonidos en la Manibula |
| <input type="checkbox"/> Low Back Pain
Dolor en la parte baja de la espalda | <input type="checkbox"/> Sleeping Problems
Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Fainting
Desmayos | <input type="checkbox"/> Facial Pain
Dolor Facial |
| <input type="checkbox"/> Arm Pain
Dolor en Brazos | <input type="checkbox"/> Eyes Light Sensitive
Ojos Sensibles a la Luz | <input type="checkbox"/> Breath Shortness
Falla respiratoria | <input type="checkbox"/> Irritability
Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Leg Pain
Dolor de piernas | <input type="checkbox"/> Fatigue
Fatiga | <input type="checkbox"/> Ringing / Buzzing
Sonidos en el oido | <input type="checkbox"/> Loss of Balance
Perdida del equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Muscle Spasm / Cramping
Calambre Muscular | <input type="checkbox"/> Depression
Depression | <input type="checkbox"/> Chest Pain
Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Cold Feet
Pie Frio |

HISTORY: HISTORIA

2. Cual fue el dia del accidente _____ Hora: _____ AM/PM

3. Usted estaba manejando o Era el Pasajero

4. Si usted era el pasajero donde estaba sentado _____

5. Carros que estuvieron envueltos en el accidente Ano, Tipo, Modelo, and Velocidad.

Su carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

Otro carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

Otro carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

6. Tipo de accidente: Dirijia el accidente Choque ancho de lado Impacto de frente

Impacto trasero No choque

7. Por favor describa el accidente en sus propias palabras!(Sea muy especifico!!)

Head/Body Position at the time of impact:

Posicion Cabeza/Cuerpo al momento del impacto:

Head Turned left
Cabeza Volteada a la izquierda

Head turned right
Cabeza volteada a la derecha

Body rotated left
Cuerpo rotado a la izueicrda

Head looking Back
Cabeza Viendo hacia atras

Body rotated right
Cuerpo rotado a la derecha

Other: _____
Otra

Head straing forward
Cabeza recta hacia adelante

Body straight in sitting position
Cuerpo sentado derecho

10. How fast do you estimate the other car was going? _____ mph
Que tan rapido estima usted que iba el otro carro?

11. Were you wearing your seat belt? Yes No
Usaba usted el cinturon de seguridad? Si NO

12. Did you see the accident coming? Yes No
Sabia que el accidente iba a ocurrir? Si No

13. Did you brace yourself for impact? Yes No
Acomodo su cuerpo para el impacto? Si No

Upon Impact, do you recall striking any objects inside the car? Yes No
Durante el impacto recuerda usted haberse golpeado con algun objeto dentro del carro? Si No

If yes, what objects did you strike? _____
Si asi fue, que objeto golpeo?

15. Please describe what symptoms you felt: _____
Por favor describa que sintomas sintio:

Immediately after the accident: _____
Inmediatamente despues del accidente:

Later that Day: _____
Ese dia mas tarde:

The next day: _____
Al sigueinte dia:

16. Did you seek medical help immediately after the accident? Yes No
Busco usted ayuda medica inmediatamente despues del accidente? Si No

If Yes, Where have you been treated for this injury prior to presenting to this office for care? _____
De Si? Donde fue tratado en los primeros auxilios al presentarse en esta oficia para su cuidado?

If So, how did you get there? Ambulance Police I drove my own car Someone else drove me Other _____
Der ser asi como hasta alla? Ambulancia Policia mi Carro Otro

17. Who was the 1st doctor that treated you?
 Quien fue el primer Doctor Que lo trato?
 Name: / Nombre: _____
 Date Seen: / Fecha Atendido: _____
- Were you examined? / Fue usted examinado? Yes/Si No/No
- Were X-Rays Taken? Yes/Si No/No X-Rays: Sitting/ Sentado or/ o Standing/ parado
 Letomaron Rayos X
- Did you Receive Treatment? Yes/ Si No/ No Medication Braces Collar
 Recibio algun tratamiento?
- If Yes, what kind of treatment did you receive? _____
 Si así fue, que clase de tratamiento recibio usted?
- What benefits did you receive from the treatment? _____
 Que beneficios recibio usted del tratamiento?
18. Since the accident, are conditions becoming: BETTER WORSE SAME
 Desde el accidente, las condiciones estan siendo: Mejores Peores iguales
19. Describe your symptoms CONSTANT COMES AND GOES
 Describa sus sintomas constante Viene y se va
20. What relieves your symptoms? _____
 Que alivia sus sintomas?
21. What aggravates your symptoms? _____
 Que agrava sus sintomas?
22. Road conditions at the time of the accident. Icy Rainy Wet Clear Dark Other (Describe)
 Condiciones del camino al momento del accidente Hielo Lluvioso Mojado Claro Obscure Otro (Describa)
23. Visibility at the time of the accident? Poor Fair Good Other: _____
 Visibilidad al momento del accidente? Poca Despejada Buena Otra
24. Where was your car struck? _____
 Donde Fue Golpeado su carro?
25. Were you wearing a hat or glasses? Yes No If Yes, where were they located after the accident? _____
 Usaba usted sombrero o lentes? Si No Der ser asi, donde fueron encontrados despues del accidnete?
26. Did you get any bleeding cuts Yes No If yes, Where? _____
 Obtuvo usted alguna herida cortada Si No De ser asi, donde?
27. Did you get any bruises? Yes No If yes, where? _____
 Obtuvo usted algunas contusions Si No der ser asi, donde?
28. As a result of the accident you were: Rendered unconscious In shock Dazed, circumstances vague Other _____
 Como resultado del accidente quedo usted: Inconciente Conmocionado aturdido en imprecisas circunstancias Otro
29. What Medications are you currently taking? _____
 Que medicamento esta usted tomando actualmente _____

PAST MEDICAL HISTORY: HISTORIA POST MEDICA:

30. Do you have any prior History of any of the symptoms you checked above? Yes No
 Tiene usted alguna historia previa de alguno de los sintomas verificados anteriormente? Si No
 If Yes Please Explain: _____
 De ser asi, explique:
31. Have you eer had any prior automobile accidents or ever had any serius falls/injuries? Yes No
 Ha tenido algun accidente automovilistico previo o alguna caida o accidente delicado? Si No
 If Yes Please Explain: _____

De ser así, explique:

32. Have you ever had any surgeries or been hospitalized overnight? Yes No
Ha tenido alguna cirugía o ha estado hospitalizado? Si No
If Yes Please Explain: _____
De ser así, explique:

33. Are you currently under the care of any other doctors for any health related concerns? If yes, please describe. Yes No
Esta usted actualmente bajo el cuidado de otro Doctor para algun otro caso relacionado con la salud. De ser así, por favor describa.
Describa: _____

34. Have you ever seen a chiropractic before? If yes, then who, where, & what treated for? Yes No
Ha tenido alguna quiropraxia? De ser así, por favor describa: _____

35. Family History: Place a (x) if any family member has suffered from:
Historia familiar: Marque con una (X) si algun miembro de la familia ha sufrido de:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Kidney Disease
Enfermedad de Rinones | <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Mental Illness
Enfermedades Mentales | <input type="checkbox"/> Epilepsy
Epilepsia | <input type="checkbox"/> Arthritis
Artritis |
| <input type="checkbox"/> Gout
Coagulación | <input type="checkbox"/> Allergy
Alergia | <input type="checkbox"/> Migraines
Migrana |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
Tension Alta | <input type="checkbox"/> Cancer
Cancer | <input type="checkbox"/> Other, List:
Otras, Senale: |
| <input type="checkbox"/> Heart Attacks
Ataques al corazon | <input type="checkbox"/> Spinal Disorder
Desviación de columna | |

36. Who is your Family physician for regular check-ups? _____
Quien es su medico familiar para chequeos regulares?

Date Last Seen? _____ What treatment? _____
Fecha del ultimo chequeo Que tratamiento tuvo?

37. Are you Pregnant? Yes No
Esta usted embarazada Si No

I hereby authorize Thomas Chiropractic Center to examine me, including x-rays if indicated by exam, and to release my records to anyone I designate. I further authorize treatment deemed necessary by my findings, and wish all my chiropractic records to be held in strict confidence and not to be given to anyone without written consent. I authorize payment directly to the doctor from my insurance company and I clearly understand that I am totally responsible for payment should my insurance company deny payment, or make payment directly to me.

Por medio de la presente autorizo al Thomas Chiropractic Center a que me examine y tome rayos -x si es requerido posterior al examen y suministre mi historia medica a quien yo designe. En adición, yo autorizo los tratamientos necesarios sobre lo que me hallan diagnosticado; y deseo que toda mi historia quiropractica sea resguardada en estricta confidencialidad y que no sea suministrada a otra persona sin mi consentimiento por escrito. Yo autorizo pagos a traves de mi compania de seguro directamente al doctor y entiendo claramente que soy completamente responsable por los pagos si mi aseguradora se niega a pagarlos o que la compania de seguros me pague directamente a mi.

By signing your name below, You certify the accuracy of your medical and/or accident history and further certify that you present to Thomas Chiropractic Center for evaluation and treatment of a health related condition and no other purpose.
Con su firma debajo, usted certifica la autenticidad de su historia medica y/o de accidentes y ademas certifica que usted presenta al Thomas chiropractic Center para evaluacion y tratamiento relacionados con sus condiciones de salud y no otro proposito.

X

Signature of patient / guardian Authorizing Care
Firma del Paciente / Tutor de cuidado autorizado

Date
Fecha

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:** _____

¿Estás embarazada? Yes _____ No _____ N/A _____

Usando la clave a continuación, indique en el diagrama corporal dónde está experimentando los siguientes síntomas:

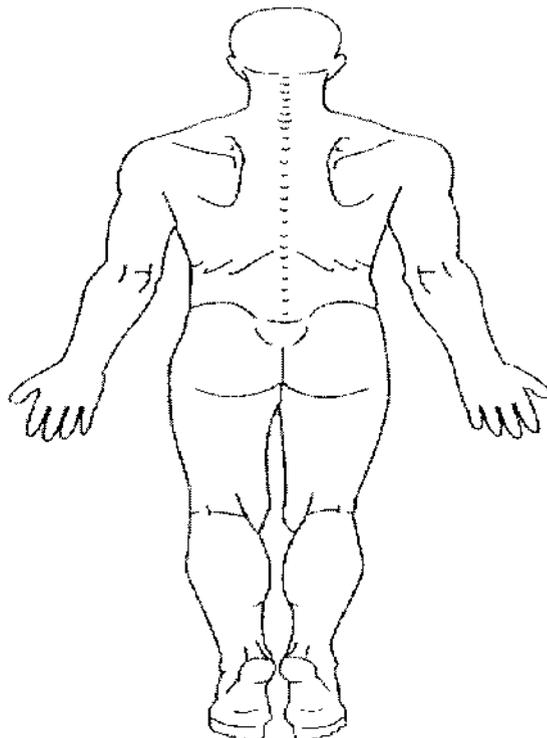
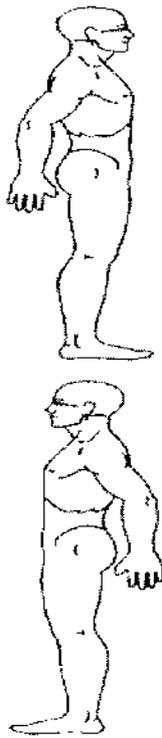
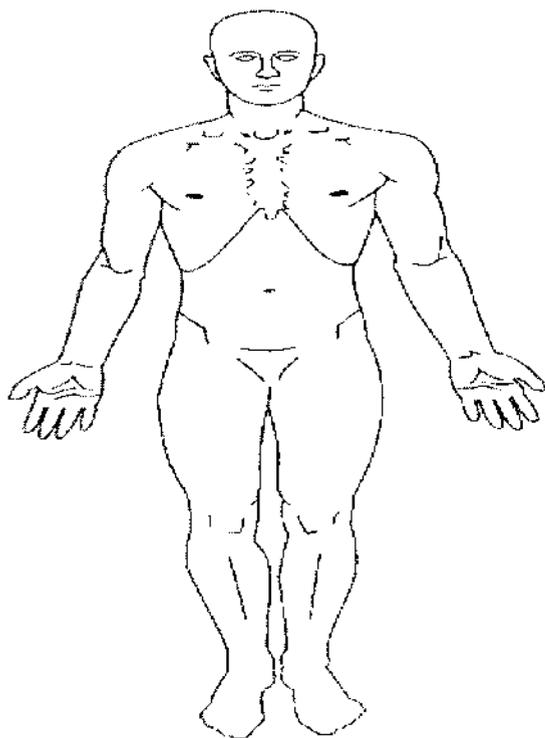
N = Entumecimiento

B = Ardor

S = Puñalada

T = Hormigueo

A = Dolor sordo



Describe sus síntomas en orden de gravedad, siendo el peor síntoma #1: _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? Month _____ Day _____ Year _____

¿Sus síntomas son el resultado de: Accidente de Vehículo Motorizado Accidente de Trabajo Otro _____

¿Cómo comenzaron los síntomas? _____

¿Con qué frecuencia experimentas tus síntomas?

Constantemente

Frecuentemente

Ocasionalmente

Intermitentemente

(76-100% del día) (51-75% del día) (

26-50% del día) (0-25% del

día)

¿Qué describe la naturaleza de sus síntomas?

Agudo

Dolor sordo

Entumecimiento

Punzadas

Ardor

Hormigueo

Apuñalamiento

Otros _____

Firma del médico _____

EL QUESTIONARIO DEL CUELLO

Por favor lea cuidadosamente: Este Cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de como su dolor de cuello ha afectado su habilidad para regir su vida diaria. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor applique. Sabemos que usted puede considerar que mas de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que CIRCLE UNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.

Seccion 1 – Intensidad del Dolor

1. Puedo tolerar el dolor, sin medicina para el dolor
2. El dolor es fuerte, pero lo tolero sin medicina.
3. Las medicinas me dan alivio completo.
4. las medicinas me dan alivio moderado
5. las medicinas me dan muy poco alivio.
6. Las medicinas no producen ningun efecto y no pienso usarlas.

Seccion 2 -Cuidado Personal (Lavarse, vestirse, etc.)

1. Normalmente me puedo cuidar sin causarme mas dolor.
2. Normalmente me puedo cuidar pero me causa mas dolor.
3. Me es muy doloroso cuidarme y tengo que ser muy, cuidadoso y hacer todo mas despacio.
4. Necesito ayuda, pero puedo encargarme de mi cuidado personal.
5. Necesito ayuda diaria en casi todos los aspectos de cuidado.
6. No me puedo vestir, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

Seccion 3 – Levantar

1. Puedo Levantar objetos pesados sin dolor
2. Puedo levantar objetos pesados pero me causa mas dolor.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados desde el suelo, a menos que esten convenientemente posicionados como en una mesa.
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levater objetos y de peso mediano.
5. Puedo levantar objetos, pero muy livianos.
6. No puedo levantar o cargar nada.

Seccion 4 – Caminar

1. El dolor no me priva de caminar cualquier distancia.
2. El dolor me priva de caminar mas milla.
3. El Dolor me priva de caminar mas ½ milla.
4. El dolor me priva de caminar mas ¼ milla.
5. Solo puedo caminar con ayuda de bordon o muletas.
6. Estoy en cama todo el tiempo y gatico para ir al bano.

Seccion 5 – Sentado (a)

1. Puedo sentarme en cualquier silla cuanto quiera.
2. Solo me puedo sentar en mi silla favorita cuanto quiera.
3. El dolor me priva de estar sentado (a)mas de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar sentado (a)mas de ½ hora.
5. El dolor me priva de estar sentado (a)mas de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar sentado (a).

Seccion 6 – Parado (a)

1. Puedo estar de pie cuanto quiera sin mas dolor.
2. Puedo estar de pie cuanto Quiera pero tengo mas dolor.
3. El dolor me priva de estar de pie mas de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar de pie mas de ½ hora
5. El dolor me priva de estar de pie mas de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar de pie.

Seccion 7 – Dormir

1. El dolor no me priva de dormir bien
2. Solo puedo dormir bien con pastillas.
3. Aun tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
4. Aun tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
5. Aun tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
6. El dolor no me deja dormir.

Seccion 8 - Cambios de grado del dolor

1. Mi dolor esta mejorando rapidamente
2. Mi dolor fluctua, pero en conjunto se mejora definitivamente
3. Mi dolor se mejora, pero el mejoramiento esta presente
4. Mi dolor ni mejora ni tampoco empeora
5. Mi dolor cada vez es peor
6. Mi dolor esta empeorando rapidamente

Seccion 9 – Vida Social

1. Mi vida social es normal y sin dolor.
2. Mi vida social es normal pero me causa cierto grado de dolor.
3. El dolor no tiene ningun efecto signifacativo en mi vida social fuera de limitar mis actividades energeticas (bailar por ejemplo).
4. El dolor restringe mi vida social, casi no salgo fuera.
5. El dolor ha restringio mi vida social a permanecer en casa
6. No tengo vida social

Seccion 10 - Viajar

1. Puedo viajar a donde yo quiera sin dolor.
2. Puedo viajar a donde yo quiera pero me causa mas dolor.
3. El dolor es malo pero puedo hacer viajes de 2 horas de duracion.
4. El dolor me restringe a viajes de menos de 1 hora.
5. El dolor me restringe a jornadas cortas de menos de 30 minutos.
6. El dolor me restringe de viajar exepto al doctor a al hospital.

Signature of patient / guardian Authorizing Care
Firma del Paciente / Tutor de cuidado autorizado

Date
Fecha

EL QUESTIONARIO DE LA ESPALDA

Por favor lea cuidadosamente: Este Cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de cómo su dolor de cuello ha afectado su habilidad para regir su vida diaria. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor applique. Sabemos que usted puede considerar que más de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que CIRCLE ÚNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.

Sección 1 – Intensidad del Dolor

1. Puedo tolerar el dolor, sin medicina para el dolor
2. El dolor es fuerte, pero lo tolero sin medicina.
3. Las medicinas me dan alivio completo.
4. las medicinas me dan alivio moderado
5. las medicinas me dan muy poco alivio.
6. Las medicinas no producen ningún efecto y no pienso usarlas.

Sección 2 –Cuidado Personal (Lavarse, vestirse, etc.)

1. Normalmente me puedo cuidar sin causarme más dolor.
2. Normalmente me puedo cuidar pero me causa más dolor.
3. Me es muy doloroso cuidarme y tengo que ser muy, cuidadoso y hacer todo más despacio.
4. Necesito ayuda, pero puedo encargarme de mi cuidado personal.
5. Necesito ayuda diaria en casi todos los aspectos de cuidado.
6. No me puedo vestir, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

Sección 3 – Levantar

1. Puedo Levantar objetos pesados sin dolor
2. Puedo levantar objetos pesados pero me causa más dolor.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados desde el suelo, a menos que estén convenientemente posicionados como en una mesa.
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos y de peso mediano.
5. Puedo levantar objetos, pero muy livianos.
6. No puedo levantar o cargar nada.

Sección 4 – Caminar

1. El dolor no me priva de caminar cualquier distancia.
2. El dolor me priva de caminar más milla.
3. El Dolor me priva de caminar más ½ milla.
4. El dolor me priva de caminar más ¼ milla.
5. Solo puedo caminar con ayuda de bordon o muletas.
6. Estoy en cama todo el tiempo y gateo para ir al baño.

Sección 5 – Sentado (a)

1. Puedo sentarme en cualquier silla cuanto quiera.
2. Solo me puedo sentar en mi silla favorita cuanto quiera.
3. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar sentado (a) más de ½ hora.
5. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar sentado (a).

Sección 6 – Parado (a)

1. Puedo estar de pie cuanto quiera sin más dolor.
2. Puedo estar de pie cuanto Quiera pero tengo más dolor.
3. El dolor me priva de estar de pie más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar de pie más de ½ hora
5. El dolor me priva de estar de pie más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar de pie.

Sección 7 – Dormir

1. El dolor no me priva de dormir bien
2. Solo puedo dormir bien con pastillas.
3. Aun tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
4. Aun tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
5. Aun tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
6. El dolor no me deja dormir.

Sección 8 - Cambios de grado del dolor

1. Mi dolor esta mejorando rapidamente
2. Mi dolor fluctua, pero en conjunto se mejora definitivamente
3. Mi dolor se mejora, pero el mejormiento esta presente
4. Mi dolor ni mejora ni tampoco empeora
5. Mi dolor cada vez es peor
6. Mi dolor esta empeorando rapidamente

Sección 9 – Vida Social

7. Mi vida social es normal y sin dolor.
8. Mi vida social es normal pero me causa cierto grado de dolor.
9. El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social fuera de limitar mis actividades energeticas (bailar por ejemplo).
10. El dolor restringe mi vida social, casi no salgo fuera.
11. El dolor ha restringio mi vida social a permanecer en casa
12. No tengo vida social

Sección 10 - Viajar

7. Puedo viajar a donde yo quiera sin dolor.
8. Puedo viajar a donde yo quiera pero me causa más dolor.
9. El dolor es malo pero puedo hacer viajes de 2 horas de duracion.
10. El dolor me restringe a viajes de menos de 1 hora.
11. El dolor me restringe a jornadas cortas de menos de 30 minutos.
12. El dolor me restringe de viajar exepcto al doctor a al hospital.

X

Signature of patient / guardian Authorizing Care
Firma del Paciente / Tutor de cuidado autorizado

Date
Fecha

NUESTRA POLITICA DE OFICINA

RE: DANOS PERSONALES

Si usted ha sido involucrado en un accidente automovilistico, o daños relacionados, y tiene aseguranza que cubra los gastos medicos un 100% o un abogado representandolo nosotros estaremos agradecidos de aceptar su caso con las siguientes regulaciones:

1. Si usted tiene un abogado, dejenos saber lo mas pronto posible y preguntele a el o ella que si nos mandan una carta de representacion. Todos los pagos seran enviados al abogado por usted. Es nuestra politica de tener su informacion en cinco dias habiles desde su inicial presentacion a nuestra oficina.
2. Si usted no tiene un abogado usted necesitara preguntale a su ajustador en la aseguranza que esta manejando su caso que por favor contacte nuestras oficina y propocionar toda la informacion para facturar la compania de seguros. NO PAGOS, O COPIAS DE PAGOS SERAN DADOS A USTED O A LA COMPANIA DE SEGUROS HASTA QUE SU AJUSTADOR NOS HAYA LLAMADO Y NOS HAYA DADO INDICACIONES QUE ELLO HARAN TODO LO POSIBLE DE PROTEGER LOS INTERECES DEL DOCTOR.

Una vez que su caso haya sido asentado y todas las cuentas de la quiropractica se hayan pagado, si un pago excesivo existe en su cuenta (debido a tener mas de un seguro) nosotros le adelantaremos ese pago excesivo a usted.

Firmando debajo indico que he leído todo lo de encima y entiendo que yo no seré presentado con copias de cuentas hasta que los procedimientos apropiados hayan sido seguidos.

X

Firma del paciente

El reconocimiento del recivo de nota de practicas de privacidad

Yo entiendo y he proporcionado con una nota de las prácticas de información que proporciona una descripción más completa de usos de informaciones y revelaciones. Yo tambien entiendo que yo tengo los siguientes privilegios.

- El derecho de revisar la nota antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de oponerse al uso de mi información de la salud para propósitos de guía
- El derecho de solicitar las restricciones en cuanto a cómo mi información de salud se puede utilizar o puede ser revelada para llevar al tratamiento a cabo, las operaciones del pago o la asistencia médica.

X

Firma del paciente

Recordatorios de citas y una autorización de información médica

Su quiropráctico y los miembros personal de la práctica pueden necesitar su nombre, dirección, número telefónico, y su historia clínica para contactarlo a usted con el recordatorio de sus citas, información sobre alternativos tratamientos, o otra información relacionada con salud que de pronto es interesante para usted. Si este contacto es hecho por teléfono y usted no está en su casa se le dejará un mensaje en su contestadora. Firmando esta forma, usted nos está dando autorización para contactarlo a usted con este recordatorio y información.

Usted puede restringir a los individuos u organizaciones a que su información de asistencia médica sea liberada o usted puede revocar su autorización a nosotros en tiempo; sin embargo, su revocación debe estar en la escritura y enviado a nosotros en nuestra dirección de oficina. Nosotros no seremos capaces de honrar su pedido de revocación si nosotros ya hemos liberado su información de la salud antes de que nosotros recibamos su pedido para revocar su autorización. Además, si usted fue requerido a dar su autorización como una condición de obtener el seguro, la compañía de seguros puede tener un derecho a su información de la salud si ellos deciden refutar cualquiera de sus reclamos.

La información que utilizamos o revelamos basado en la autorización que usted nos da podemos ser susceptibles a la re-revelación por cualquiera que tiene acceso al recordatorio u otra información y puede no más largo sea protegido por las reglas federales de la intimidad.

Usted tiene el derecho para negarse a darnos esta autorización. Si usted no nos da autorización, no afectará el tratamiento que proporcionamos a usted o a los métodos que utilizamos para obtener reembolso para su cuidado.

Usted puede inspeccionar o puede copiar la información que utilizamos para contactarle proporcionar la cita los recordatorios, la información acerca de alternativas de tratamiento, o acerca de otra salud información relacionada en tiempo (164,524).

Esta nota es efectiva al el 14 de abril de 2003. Esta autorización expirará siete años después que la fecha en que usted ha recibido los servicios de nosotros.

Yo le autorizo a utilizar o revelar mi información de la salud en la manera descrita arriba. Reconozco que he recibido una copia de esta autorización.

X
Firma del paciente

Representante proveedor representativo

Fecha

Firma del representante personal

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)