

**APLICACION – PACIENTE NUEVO**

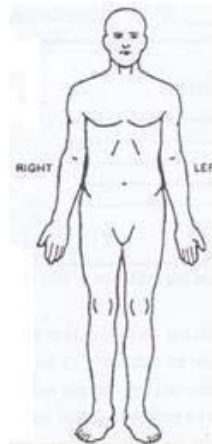
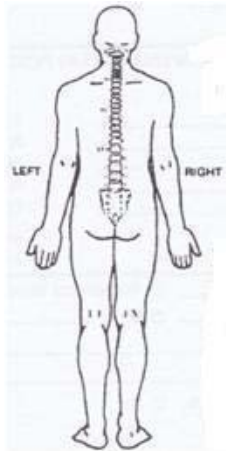
*Bienvenidos! Le agradecemos por elegir nuestro centro para sus necesidades quiroprácticas. Por favor, responda todas las preguntas. Gracias.*

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo   
 Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección Laboral \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Nombre del esposo/a o padre/madre \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Nombres y edades de sus hijos/as \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 A quién debemos agradecer por referirlo a nuestro centro? \_\_\_\_\_  
 Hobbies \_\_\_\_\_

**CONDICION ACTUAL DE SALUD**

Razón por la que busca cuidado quiropráctico \_\_\_\_\_  
 Su condición: va empeorando  es intermitente  es constante  Su queja es peor durante: mañana  tarde/noche  constante   
 Durante cuánto tiempo ha tenido este síntoma? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia tiene este síntoma? \_\_\_\_\_  
 Esta condición interfiere con su: Trabajo  Descanso  Ejercicio  Hobbies  Otros  \_\_\_\_\_  
 Esta condición empeora si usted está?: Inclinado  Sentado  Acostado  Parado  Caminando  Clima  Otro  \_\_\_\_\_  
 Ud. tiene?: Molestia  Dolor  Adormecimiento  Hormigueo  Calambres  Hinchazón  Quemazón  Rigidez   
 En una escala del 1 al 10 (1 menor, 10 mayor), clasifique la severidad de sus síntomas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Su dolor es: Intenso  Moderado  Pulsante  Constante  Intermitente   
 Que tratamiento ya ha recibido para esta condición?: Medicación  Cirugía  Fisioterapia  Otro  \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del doctor que lo ha tratado por esta condición: \_\_\_\_\_  
 Por favor, coloque una "x" en las zonas donde usted siente dolor, adormecimiento, hormigueos o calambres



**HISTORIAL QUIROPRÁCTICO**

Ud. ha recibido cuidado quiropráctico antes?: Si  No  Escriba el nombre del quiropráctico \_\_\_\_\_  
 Razón de su visita \_\_\_\_\_ Siguió las recomendaciones del doctor? \_\_\_\_\_  
 Ud. tiene algún familiar bajo cuidado quiropráctico? Yes  No  Quién? \_\_\_\_\_  
 Cómo fue su experiencia quiropráctica previa?: positiva  negativa  neutral

## HISTORIAL DE SALUD

Ud. consume?: café  té  alcohol  edulcorantes  drogas recreativas  azúcar  bebidas con cafeína

Ud. está tomando?: analgésicos/relajantes musculares  píldoras p/ presión  somníferos  insulina  Otro  Por favor, describa \_\_\_\_\_

Por favor, describa si toma vitaminas/hierbas/productos homeopáticos/otros \_\_\_\_\_

Está usted bajo cuidado de otro profesional de salud? No  Yes  En caso afirmativo, escriba el nombre \_\_\_\_\_

Usted se ejercita? Si  No  Qué tipo? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia?: 2-3 x semana  4-6 x semana

Sus tareas diarias incluyen? Sentarse  Doblarse  Caminar  De pie

Usted fuma?: Si  No  Cuánto hace que fuma? \_\_\_\_\_ Cuántos cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

Cómo duerme? Boca arriba  De lado  Boca abajo

Si es mujer, está usted embarazada? Si  No  Está amamantando? Si  No  Toma píldoras anticonceptivas? Si  No

Lesiones pasadas pueden afectar su salud actual. Déjenos saber si usted ha sufrido lo siguiente (marque todo lo que aplica):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> caídas-accidentes   | <input type="checkbox"/> golpes en la cabeza | <input type="checkbox"/> cirugía plástica        |
| <input type="checkbox"/> lesiones deportivas | <input type="checkbox"/> fracturas           | <input type="checkbox"/> dislocaciones           |
| <input type="checkbox"/> punción espinal     | <input type="checkbox"/> cirugías            | <input type="checkbox"/> trabajo dental extensor |

Usted tiene, o ha tenido, algo de lo siguiente (por favor, marque todo lo que aplica):

- |  |   |   |  |                                    |
|--|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> insomnio                | <input type="checkbox"/> hernia discal          | <input type="checkbox"/> dolores menstruales  | <input type="checkbox"/> osteoporosis        | <input type="checkbox"/> anemia    |
| <input type="checkbox"/> artritis                | <input type="checkbox"/> pinzamiento nervioso   | <input type="checkbox"/> períodos irregulares | <input type="checkbox"/> problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> diabetes  |
| <input type="checkbox"/> convulsiones            | <input type="checkbox"/> ruido en los oídos     | <input type="checkbox"/> infertilidad         | <input type="checkbox"/> hipotensión         | <input type="checkbox"/> asma      |
| <input type="checkbox"/> eczema                  | <input type="checkbox"/> mareos                 | <input type="checkbox"/> depresión            | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> gastritis |
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello         | <input type="checkbox"/> problemas de corazón   | <input type="checkbox"/> alergias             | <input type="checkbox"/> colon irritable     | <input type="checkbox"/> colitis   |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda media  | <input type="checkbox"/> hipertensión           | <input type="checkbox"/> congestión nasal     | <input type="checkbox"/> dolor al orinar     | <input type="checkbox"/> náusea    |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda baja   | <input type="checkbox"/> problemas digestivos   | <input type="checkbox"/> pérdida peso         | <input type="checkbox"/> constipación        | <input type="checkbox"/> vómitos   |
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza         | <input type="checkbox"/> calambres              | <input type="checkbox"/> pérdida apetito      | <input type="checkbox"/> hemorroides         | <input type="checkbox"/> cáncer    |
| <input type="checkbox"/> problemas hepáticos     | <input type="checkbox"/> dificultad al respirar | <input type="checkbox"/> nerviosismo          | <input type="checkbox"/> confusión           | <input type="checkbox"/> fatiga    |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo de mano | <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo de pie | <input type="checkbox"/> dolor de pecho       | <input type="checkbox"/> problemas renales   | <input type="checkbox"/> migrañas  |

## OBJETIVOS DE SALUD

En Vida Chiropractic Center, nos dedicamos a brindar cuidado quiropráctico de calidad a nuestros clientes, con el propósito de educarlos para que puedan obtener un máximo nivel de salud y bienestar. Deseamos saber cuáles son sus objetivos de salud a través del cuidado quiropráctico. Por favor, describa cuales son:

Alivio temporario  Recuperación de salud  Optimización de salud  Bienestar & Prevención  Máximo rendimiento

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre de la persona responsable de esta cuenta (si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Teléfono laboral(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre Seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal (si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro social # \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_ Teléfono laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Seguro adicional \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION

Certifico que he leído y entendido la información previa, y que he contestado adecuadamente las preguntas. Entiendo que proveer información errónea puede ser perjudicial para mi salud. Autorizo a Vida Chiropractic Center a divulgar mi información de salud a seguros medicos y/o profesionales de la salud , incluyendo diagnósticos y records de todo tratamiento o examinación echa a mí o a mi hijo/a durante el cuidado quiropráctico. Autorizo y requiero de mi seguro médico el pago directo a Vida Chiropractic Center de los beneficios correspondientes a mi póliza. Entiendo que los seguros de salud y de accidentes son un acuerdo entre mí persona y la compañía aseguradora, y que soy personalmente responsable de todos los servicios no cubiertos, que hayan sido brindados a mí o mis dependientes. También entiendo que si suspendo o finalizo mi cuidado quiropráctico, todos los cargos por servicios profesionales brindados a mí o a mis dependientes deben ser pagados de manera inmediata.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE ( padre o tutor si es menor )

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

## Términos de Aceptación – Consentimiento de servicios

Cuando los pacientes buscan cuidado quiropráctico para la salud y cuando nosotros los aceptamos bajo cuidado, es esencial que ambas partes tengamos un mismo objetivo para prevenir confusiones o frustraciones. Por lo tanto, es importante que el paciente entienda el objetivo a lograr y el método utilizado para obtenerlo.

El **objetivo del cuidado quiropráctico** es hallar desalineaciones vertebrales que interfieren con la función normal del sistema neurológico (**subluxaciones vertebrales**), y remover dicha interferencia para que el cuerpo pueda recuperar su capacidad natural de sanación y función óptima.

Esta interferencia al sistema neurológico se remueve a través de **ajustes vertebrales**, la aplicación de fuerzas sobre la columna vertebral, dirigidas en una dirección específica, por vía manual o con instrumento. Los ajustes vertebrales restauran la función normal del cuerpo, mejoran la comunicación entre el cerebro y el cuerpo y optimizan su nivel de salud.

La mayoría de la gente obtiene resultados magníficos a través del cuidado quiropráctico. Sin embargo, debido a muchas variables existentes, es difícil predecir el tiempo necesario para obtener dichos resultados. Mucha gente recibe alivio rápidamente. Otros, sin embargo, se recuperan de una manera gradual. La velocidad de sanación de cada persona depende de su condición física original y de su participación y dedicación a su salud.

El cuidado quiropráctico, como cualquier otra rama de la salud, si bien ofrece inmensos beneficios, también conlleva cierto grado de riesgo. Estos riesgos son usualmente mínimos, pero en raros casos, ciertas lesiones se han asociado al cuidado quiropráctico. Algunas complicaciones reportadas son lesiones de distensión ligamentaria, irritación de condiciones discales, fracturas costales y, lo más raro, lesiones de arteria vertebral que pueden conllevar a ataque cerebral.

Antes de recibir cuidado quiropráctico en nuestra oficina, usted será sometido a un historial clínico y a un examen físico para poder evaluar su condición específica, su estado de salud general y, en particular, su integridad vertebral y neurológica. Estos procedimientos nos ayudarán a determinar si usted necesita cuidado quiropráctico, o si necesita otros estudios o exámenes. Además, estos procedimientos nos asistirán para determinar si necesitamos modificar nuestro cuidado o si debemos referirlo a algún otro profesional de la salud. Todos los hallazgos le serán explicados en conjunto con el plan de cuidado que usted deberá seguir, antes de comenzar el cuidado quiropráctico.

Esta oficina no realiza ninguna práctica médica, ni hacemos diagnóstico o tratamiento de enfermedades. No importa qué enfermedad sea, nosotros no ofrecemos tratamiento alguno. El único objetivo de nuestra oficina es quitar la interferencia neurológica para que el cuerpo recupere su salud naturalmente. Nuestro único método consiste en ajustes vertebrales específicos para corregir subluxaciones vertebrales. Sin embargo, podemos usar otros procedimientos para ayudar al cuerpo a mantener su alineación vertebral y su función neurológica adecuada.

Yo, \_\_\_\_\_ (por favor, escriba), he leído y entendido completamente lo anteriormente mencionado y decido recibir cuidado quiropráctico bajo estas condiciones.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



## NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

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

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha Nacim.: \_\_\_\_\_

El paciente identificado arriba autoriza a Vida Chiropractic Center a utilizar información protegida de salud de acuerdo con las siguientes:

### **AUTORIZACIONES ESPECIFICAS**

- Autorizo a utilizar mi dirección , teléfono y records clínicos para recordarme citas futuras, citas perdidas, reevaluaciones, para enviarme tarjetas de cumpleaños o cualquier otro tipo de información de salud.
- Autorizo a contactarme por teléfono, a dejar mensajes en mi contestadora o voicemail.
- Autorizo a tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes están siendo tratados. Soy consciente que otras personas en la oficina pueden oír algo de mi información protegida de salud durante el transcurso de una visita. Si necesito hablar en privado con el doctor en algún momento, el doctor proveerá una sala privada para tal motivo.
- Autorizo a enviar mi información protegida de salud, incluyendo mis records clínicos, a otro profesional de la salud u hospital si es necesario referirme a otro sitio para otros diagnósticos o evaluaciones o tratamientos que no se proven aquí.
- Autorizo a enviar mis records de cuidado de salud, así como mis records financieros, a otra persona o entidad como un proveedor de seguro de salud, un HMO, un PPO, o mi empleador, en el caso que ellos fueran responsables por el pago de los servicios prestados.

AL FIRMAR ESTA HOJA, USTED AUTORIZA A CHIROPRACTIC FOR HEALTH A UTILIZAR SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS MENCIONADAS ARRIBA.

**EXPIRACION.** Esta autorización expirará el día: \_\_\_\_\_

**DERECHO A TERMINAR AUTORIZACION.** Usted tiene derecho a terminar esta autorización, por escrito, en cualquier momento y esa terminación tendrá efecto desde el día de recibida su notificación en adelante. Usted puede finalizar esta autorización por correo o entregando su nota personalmente al Oficial de Privacidad de Chiropractic For Health. La nota por escrito debe contener la siguiente información:

- su nombre completo, seguro social y fecha de nacimiento
- una clara notificación de su deseo de terminar la autorización
- la fecha de pedido y su firma

Esta revocación no es efectiva hasta el día en que el Oficial de Privacidad la reciba.

Usted tiene el derecho de no firmar esta autorización. Si no lo hace, Chiropractic For Health no le negará cuidado quiropráctico.

**\*\* SE LE PROVEERA UNA COPIA DE SU AUTORIZACION FIRMADA \*\***

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Privacidad \_\_\_\_\_