

Información del paciente

Fecha: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
SS#: _____ Sexo M F
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Casado/a Soltero/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a Menor
Empleador: _____
Ocupación: _____
Nombre de esposo/a o padres: _____

Quien lo/la refirió a nuestra oficina?

Información de seguro

Relacionado a accidente de auto o trabajo? _____
Nombre del asegurado: _____
Relación a sí mismo: _____
Compañía de seguro: _____
Alguna compañía de seguros la cual tenga cobertura secundaria? SI / NO
Persona responsable por la cuenta?
Nombre: _____
Dirección: _____ Teléfono : _____

Información del accidente

Condición relacionada a accidente? Si No Fecha _____
Tipo de accidente: Auto Trabajo
A quien le ha reportado el accidente?
 Aseguradora Automotriz Empleador Worker's Comp
Numero de reclamo (si aplica) _____
Nombre del abogado: _____

Número de teléfono

Teléfono de casa: (____) _____
Teléfono de trabajo:(____) _____
Teléfono celular:(____) _____
Compañía de celular _____
Correo electrónico: _____

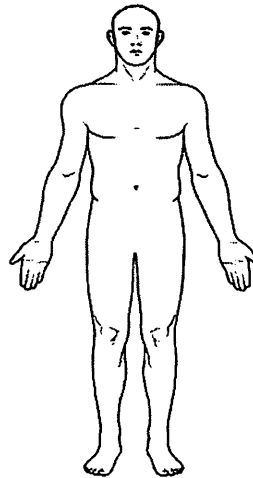
Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación _____
Número telefónico: (____) _____

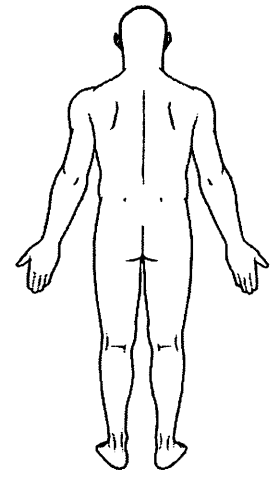
Diagrama de dolor

Por favor indique con la letra adecuada en donde está sintiendo molestia.

- D. Dolor
- H. Hormigueo
- A. Adormecimiento
- Q. Quemazón
- E. Espasmo



Frente



Espalda

Explique: _____

Health History

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Día que comenzo el dolor: _____

Por Favor seleccionar todas las que le aplica al paciente

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cifosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular |
| <input type="checkbox"/> Aneurismo aortico | <input type="checkbox"/> Colon irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Coyuntura disponible | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis traumática | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Ataques de corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes juvenil | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Cálculo renal | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Flujo vaginal | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca rápida | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cerebro | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastorno de disco espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de esófago | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de estomago | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de hueso | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mamas | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Ulcera de estomago |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Dolor de seno | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Ulcera duodenal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de recto | <input type="checkbox"/> Dolores | <input type="checkbox"/> Intestino regular | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón | <input type="checkbox"/> Lordosis | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |

Por Favor seleccionar todas las que le aplica a la familia del paciente (esposo/a) no se concideran familia.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cifosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular |
| <input type="checkbox"/> Aneurismo aortico | <input type="checkbox"/> Colon irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Coyuntura disponible | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis traumática | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Ataques de corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes juvenil | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Cálculo renal | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Flujo vaginal | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca rápida | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cerebro | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastorno de disco espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de esófago | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de estomago | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de hueso | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mamas | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Ulcera de estomago |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Dolor de seno | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Ulcera duodenal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de recto | <input type="checkbox"/> Dolores | <input type="checkbox"/> Intestino regular | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón | <input type="checkbox"/> Lordosis | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |

Usted Fuma? Si / No Toma bebidas alcohólicas? Si / No Cuan frecuente? _____

Medicamentos: _____

Alergias _____

Hospitalizaciones y/o cirugías recientes: _____

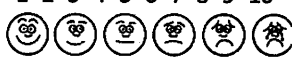
Nombre de su doctor de cabecera? _____ # teléfono de su doctor: _____

Historial de embarazo: _____

Tratamiento previo para su condición actual? SI NO

Explique: _____

Molestia actual/Molestia principal			
Cuál es su molestia principal/actual? (por que usted cree necesitar tratamiento)			

Severidad de su problema? <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Leve a moderado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Moderado a severo <input type="checkbox"/> Severo	Cuan frecuente? <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Frecuente	En escala del 1-10, cuanto le molesta (10=muy doloroso, 1= poco dolor) 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10 	Mejoría (%) 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Quando comenzó este problema? <input type="checkbox"/> Gradual <input type="checkbox"/> Hace un día <input type="checkbox"/> Hace un mes <input type="checkbox"/> Sin motivo <input type="checkbox"/> Hace varios días <input type="checkbox"/> Hace meses <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Hace una semana <input type="checkbox"/> Hace un año <input type="checkbox"/> Hace semanas <input type="checkbox"/> Hace varios	Seleccione cada opción que le aplique		
	Movimiento <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Restringido <input type="checkbox"/> Calambres <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Poca flexibilidad	Sensación <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Pinchazos	
Seleccione el tipo de dolor que describa su molestia mejor <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Agudísimo <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Golpeteo <input type="checkbox"/> Pulsante <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Escozor			
Quando se siente mejor? <input type="checkbox"/> Mejor en la mañana <input type="checkbox"/> Mejor durante el día <input type="checkbox"/> Mejor en la noche			
Quando se siente peor? <input type="checkbox"/> Peor en la mañana <input type="checkbox"/> Peor durante el día <input type="checkbox"/> Peor en la noche			
Yo entiendo que la información provista es cierta y actual según mi conocimiento.			
Firma: _____ Fecha de hoy: _____			



Declaración de Objetivos Clínicos

Cuando un paciente necesita de cuidado quiropráctico y nosotros aceptamos al paciente, es esencial que los dos trabajemos para el mismo objetivo. Es muy importante que cada paciente entienda los objetivos y métodos que se utilizarán para alcanzar dichos objetivos. Esto previene confusión y desilusión. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado de las condiciones y recomendaciones de su cuidado quiropráctico para que usted pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento quiropráctico luego de ser advertido de los beneficios, alternativas y riesgos conocidos.

La quiropráctica es la ciencia, filosofía, y arte que se preocupa en la relación entre la estructura de su columna y la salud de su sistema nervioso. Como quiropráctico, entiendo que la salud es un estado óptimo físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad, debilidad o síntomas.

Una interrupción en el sistema nervioso es llamada una subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más vértebras en la columna vertebral se desalinean o se mueven inapropiadamente. Esto causa función inadecuada e interferencia al sistema neurológico. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser asintomático.

Las subluxaciones pueden ser corregidas y/o reducidas por un ajuste quiropráctico. Un ajuste quiropráctico es una aplicación específica de fuerza para corregir o reducir subluxaciones vertebrales. Nuestro método de corregir subluxaciones es con ajustes específicos hacia la columna. Los ajustes son hechos a mano donde el doctor pondrá fuerza en segmentos específicos de su columna para ajustarla a una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de su tratamiento nosotros encontramos algo inusual o no quiropráctico, le avisaremos y recomendaremos exámenes adicionales o referiremos su caso a otro proveedor de salud.

La quiropráctica ha sido probada ser muy efectiva y segura. No es inusual estar con molestias musculares al comenzar el tratamiento. Aunque no es común, es posible sufrir de efectos secundarios como; espasmos musculares, fracturas en las costillas, dolores de cabeza, y/o mareos.

Todas las preguntas del objetivo de mi caso en particular en esta oficina han sido contestadas para mi satisfacción. Los beneficios, riesgos, y alternativas sobre la quiropráctica han sido explicados para mi satisfacción. He leído y entendido completamente lo explicado previamente y acepto cuidado quiropráctico bajo estas premisas.

Nombre

Firma

Fecha

Consentido para evaluar y ajustar a un menor de edad

Yo, _____ siendo el padre o guardián legal de _____ he leído y entendido completamente el consentimiento de información y le doy permiso a el doctor de atender y ajustar a mi hijo/a.

Permiso de embarazo

Esto certifica que para mi noción no estoy embarazada y el doctor mencionado arriba y sus asociados tienen mi permiso de tomar radiografías. He estado avisado que las radiografías pueden ser peligrosos para un niño/a aun sin nacer.

Día del último ciclo menstrual: _____

Firma

Fecha



Nombre del paciente: _____ File: _____

Standard Waiver of Liability / Renuncia estándar de responsabilidad:

Yo entiendo que soy responsable financieramente por cargos incurridos en esta oficina, para aquellos pacientes utilizando seguros, esto incluye co-pagos, deducibles, y cargos rechazados o no cubiertos por mi compañía de seguros.

Yo realizo que mi cuidado puede ser sujeto a aprobación/autorización de mi compañía de seguros, y acepto cualquier responsabilidad por cargos que no sean aprobados. Mi compañía de seguros revisara todos/algunos documentos sometidos por Cordero Family Chiropractic para revisión de necesidad médica. La determinación final es basada en los protocolos y/o medidas de salud de mi compañía de seguros. Limitaciones de la póliza de seguro se basa en el plan individual de mi póliza de seguros, al igual que los co-pagos, co-seguros, deducibles, referidos, etc.

Yo entiendo que esta oficina me notificara lo antes posible si mi cuidado es aprobado o negado basado en mi seguro. También entiendo que mi visita inicial puede ser negada y esto puede ser luego de la habilidad de la oficina de notificarme antes de mi cuidado agudo "acute care", esperando aprobación de mi a seguridad.

NOTA: nuestra oficina no hará reclamos a compañías de seguros secundarias.

Yo entiendo que esta oficina requiere que yo pague servicios rendidos no cubiertos por mi plan de la compañía de seguro. Pagos tardes por más de 30 días son sujetos a penalidad de tardanza, a un interés de 1.5% por mes y penalidad de agencias de colección. Yo estoy dispuesto a pagar costos asociados con la colección de dicha deuda, incluyendo, pero no limitado a costos de abogados de 25% (veinte y cinco por ciento), junto al costo de re-embolso de dicha acción.

Assignment of Benefits / Asignación de beneficios:

Yo autorizo mis beneficios de seguros a ser pagados directamente al Dr. Francisco Colon y/o Dr. Sebastián Colon. *I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Dr. Francisco Colon and/or Dr. Sebastian Colon.*

Yo he leído este documento y entiendo mis obligaciones de pagar por cuidado en el caso que la compañía de seguros no los cubra. *I have read this document and understand my obligations for payments for care in the absence of insurance coverage.*

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha

Release of Medical Records:

Yo le otorgo permiso al Dr. Colon a obtener información médica de otras facilidades que ayuden al doctor a tratar mi condición más detalladamente.

I give my permission for Dr. Colon to request medical information from other medical facilities that may help the doctor to accurately assess and treat my current condition.

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha