

# INTRODUCCIÓN HISTORIAL DEL PACIENTE

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

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Primer MI Ultimo) \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido :  Correo Electrónico  Teléfono - Casa, Movil, o Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

\*Referido Por: (Nombre) \_\_\_\_\_

Familia  Amigo  Compañero de Trabajo  Doctor  Otro: \_\_\_\_\_

Raza y Origen Étnico: (Elegir hasta 2)

Preferred Language:

Afroamericano o Negro

Inglés

Indio Americano o Nativo de Alaska

Español

Asiatico

Otro: \_\_\_\_\_

Hispano or Latino

Disminución

Nativo de Hawai U Otra Isla del Pacífico

Disminución

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: (Primer MI Ultimo) \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

Relación:

Niño  Padre  Pareja  Otro: \_\_\_\_\_

## FINANCIAL INFORMATION

Es la visita de hoy el resultado de un accidente?

No  Auto  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Dónde desea que se envíen las declaraciones?

Yo  Otros (Detalles a continuación)

Trabajaremos con seguro?  No  Sí (Detalles)

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

Primaria: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

*Es habitual pagar por los servicios prestados a menos que se disponga*

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

# HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (Por favor describa)

Queja Mayor: \_\_\_\_\_ Quejas Secundarias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

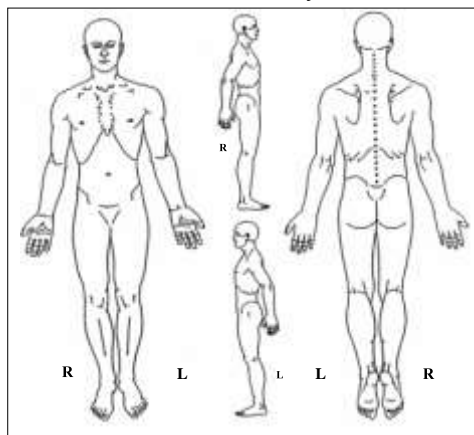
Cuándo empezó? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Que pasó? \_\_\_\_\_

Qué actividades diarias están siendo afectadas por esta condición? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Queja Mayor

### Localización de Síntomas y Radiación



D\_\_Dolor S\_\_Sensibilidad  
E\_\_Entumecido EH\_\_Hipoestesia  
ES\_\_Espasmos

### Grado Intensidad/Gravedad:

- Ninguno (0/10)
- Templado (1-2/10)
- Leve Moderado (2-4/10)
- Moderado (4-6/10)
- Severo Moderado (6-8/10)
- Severo (8-10/10)

### Frecuencia:

- De vez en cuando
- Constante

### Calidad:

- Agudo
- Puñalada
- Ardiente
- Dolorido
- Dolor sordo
- Tieso y dolorido
- Otro: \_\_\_\_\_

### Radia?

- No  Sí (Por favor, indique en el dibujo)

### Mejora Con:

- Hielo
- Caliente
- Movimiento
- Extensión
- Medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### Empeora Con:

- Sentado
- Parado/Caminando
- Acostado/Durmiendo
- Uso excesivo/Levantamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Previo:

- Ninguna
- Quiropráctico \_\_\_\_\_
- Doctor en Medicina \_\_\_\_\_
- Terapia Física \_\_\_\_\_
- ER/Cuidado de Urgencia \_\_\_\_\_
- Ortopédico \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### Previous Diagnostic Testing:

- Ninguna
- Rayos X \_\_\_\_\_
- MRI \_\_\_\_\_
- CT \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### \*Mujeres: Estas embarazada?

- No Último período menstrual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Sí Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentarios sobre la enfermedad actual:

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

Suplementos y medicamentos recetados:  Ninguna  
 Sí (Lista - Nombre, dosis, frecuencia) \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos:  No se conocen alergias  
 Sí (Lista - Nombre y reacción) \_\_\_\_\_





## Indice de Calificacion Funcional

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para cada elemento a continuación, marque con un círculo el número que describa mejor su condición en este momento.

### 1. Intensidad del Dolor

0- Sin dolor      1- Dolor Leve      2- Dolor Moderado      3- Dolor Severo      4- El Peor Dolor Posible

### 2. Dormiendo

0- Sueno Perfecto      1- Ligeramente Perturbada      2- Moderadamente Perturbada      3- Muy Perturbada      4- Sueno Totalmente Perturbado

### 3. Cuidado Personal (lavarse, vestirse, etc.)

0- Sin dolor Sin Restricciones      1- Dolor Leve Sin Restricciones      2- Dolor Moderado Ir Lentamente      3- Dolor Moderado Poco Ayuda Necesaria      4- Dolor Severo 100% de Asistencia Necesaria

### 4. Viaje (manejar, etc.)

0- Sin Dolor en Viajes Largos      1- Dolor Leve en Viajes Largos      2- Dolor Moderado en Viajes Largos      3- Dolor Moderado en Viajes Cortos      4- Dolor Severo en Viajes Cortos

### 5. Trabajo

0- Trabajo Habitual + Extra      1- Trabajo Habitual Sin extra      2- 50% sin Trabajo Habitual      3- 25% sin Trabajo Habitual      4- No Puede Trabajar

### 6. Recreación

0- Todas Actividades      1- La Mayoría de Actividades      2- Algunas Actividades      3- Pocas Actividades      4- Sin Actividades

### 7. Frecuencia de Dolor

0- Sin dolor      1- Ocasional (25%)      2- Intermitente (50%)      3- Frecuente (75%)      4- Constante (100%)

### 8. Levantando

0- Sin Dolor con Mucho Peso      1- Aumento del Dolor con Mucho Peso      2- Aumento del Dolor con Peso Moderado      3- Aumento del Dolor con Peso Ligero      4- Aumento del Dolor con Cualquier Peso

### 9. Caminando

0- Sin Dolor con Cualquier Distancia      1- Aumenta el Dolor Despues de 1 Milla      2- Aumenta el Dolor Despues de ½ Milla      3- Aumenta el Dolor Despues de ¼ de Milla      4- Aumenta el Dolor Despues de Cualquier Distancia

### 10. En Pie

0- Sin dolor en Ningun Momento      1- Aumenta el Dolor Despues de Varias Horas      2- Aumenta el Dolor Despues de 1 Hora      3- Aumenta el Dolor Despues de ½ Hora      4- Aumenta el Dolor Despues de Cualquier Momento

### 11. Intensidad Actual del Dolor

Por Favor Circule Uno: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El Peor Dolor Posible

Total: \_\_\_\_\_ ( /4 X 10) = Puntaje de Calificacion Funcional \_\_\_\_\_%

Firma del Paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización Para Rayos X y Liberación:** Declaro que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada, mi hija no está embarazada ni existen limitaciones conocidas que las complican y que prohibirían tomar radiografías. Entiendo que en caso de que se tomen radiografías y se requiera una lectura adicional, serán remitidas a un radiólogo y es posible que deba pagar una tarifa adicional por lectura.

*\* Si está embarazada o cree que puede estarlo, escriba sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_*

**Reconocimiento de Asignación de Beneficios:** Al firmar a continuación, por la presente asigno beneficios a ser pagados directamente a Gaining Health Chiropractic LLC por mi tercero pagador, p. Ej. compañía de seguros, abogados, etc. Además, entiendo que Gaining Health Chiropractic LLC preparará los informes y formularios necesarios para ayudar a realizar cobros de la compañía de seguros y autorizo a Gaining Health Chiropractic LLC a divulgar registros médicos y otra información a terceros pagadores en para tramitar reclamaciones. Cualquier monto autorizado para pagarse directamente a Gaining Health Chiropractic LLC se acreditará en mi cuenta al recibirlo. Sin embargo, comprendo claramente y acepto que todos los servicios que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, todos los honorarios por los servicios profesionales que se me presten serán pagaderos de inmediato.

**Formulario de Reclamo de Seguro Médico CMS1500:** Al firmar a continuación, reconozco y acepto que la casilla 12 y la casilla 13 del formulario de reclamación de seguro médico CMS1500 indicarán "Firma en el archivo". El recuadro 12 dice lo siguiente: "FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA Autorizo la divulgación de registros médicos u otra información necesaria para procesar reclamos. También solicito el pago de los beneficios del gobierno para mí o para la parte que acepta la asignación a continuación ". El recuadro 13 dice lo siguiente: "FIRMA DEL ASEGURADO O DE LA PERSONA AUTORIZADA Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios que se describen a continuación".

**Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad:** De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), actualizada el 23 de septiembre de 2013, esta oficina está obligada a proporcionarme una copia de las políticas y procedimientos de privacidad de la oficina cuando la solicite. Este documento describe el uso y las limitaciones de la divulgación de mi información médica personal y mis derechos como paciente. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha ofrecido una copia de este documento si así lo solicito.

**Autorización de Consentimiento de Comunicación e Información de Atención Médica:** En ocasiones, esta oficina puede necesitar comunicarse conmigo para recordarme citas, información sobre tratamientos u otra información relacionada con la salud. Al firmar a continuación, autorizo a esta oficina a comunicarse conmigo con esta información y entiendo que pueden comunicarse conmigo por teléfono en casa / trabajo, teléfono móvil, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal. Los mensajes se pueden dejar en un contestador automático / buzón de voz o con personas que contesten mi teléfono / casa / trabajo / móvil.

**Reconocimiento:** Al firmar a continuación, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos descritos en este formulario, y reconozco y certifico que toda la información proporcionada a Gaining Health Chiropractic LLC en los formularios INTAKE es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS QUIROPRACTICOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Al leer a Continuación, he Sido Informado:**

1. El proceso de realizar un "Ajuste (manipulación) quiropráctico" puede realizarse manualmente, con un mecanismo de mesa o con un instrumento en la vértebra(e) y/o estructuras asociadas (piernas, brazos, etc.), lo que a menudo resulta en escuchar un pop o clic audible;
2. Como una adición al Ajuste Quiropráctico, el Quiropráctico o el personal pueden aplicar "Terapias y/o Procedimientos de Apoyo" bajo la dirección o supervisión del Quiropráctico incorporando el uso de vibración, electricidad, tracción, movimiento y/o consejos nutricionales;
3. Que en ocasiones puede producirse algún dolor y/o rigidez temporal; agravación con menor frecuencia de los síntomas que se presentan o iniciación de nuevos síntomas; raramente hematomas, hinchazón, incluso más raras separaciones / fracturas; y extremadamente raras, pueden ocurrir lesiones nerviosas o vasculares junto con el proceso de un ajuste quiropráctico;
4. Que el quiropráctico no ha garantizado un resultado positivo del tratamiento.

## **Adicionalmente:**

1. Se me ha brindado una amplia oportunidad para hacer preguntas y respuestas.

## **Por tanto, firmando lo siguiente:**

**Doy mi consentimiento** para la realización de los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos realizados por el Quiropráctico y/o el personal bajo la dirección y supervisión del Quiropráctico involucrado en mi caso;

**Doy mi consentimiento** a la realización de otros procedimientos de diagnóstico y terapéuticos en el futuro que puedan ser considerados razonables y necesarios por el Quiropráctico y / o el personal bajo la dirección y supervisión del Quiropráctico involucrado en mi caso.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_