

## INFORMACION GENERAL

P1     Adj-24     Fam  
 P2     Adj-12

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Sexo: masculino  femenino   
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de conducir y estado: \_\_\_\_\_ Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  
Nombre de su esposo (a): \_\_\_\_\_ Trabajo de su esposo (a): \_\_\_\_\_  
Ocupación de su esposo (a): \_\_\_\_\_ Numero y edades de sus hijos: \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió a esta oficina? \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## SEGURO MÉDICO

¿Tiene usted seguro medico?  Si  No (necesitamos copia para nuestros expedientes)

¿De que nombre principal de la seguridad?: \_\_\_\_\_

¿Qué es la fecha de nacimiento de el responsable de esta seguridad? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## INFORMACION DE LESIÓN

¿Está su lesión relacionada con su trabajo?  Si  No      ¿Está relacionada con un accidente automovilístico?  Si  No

Fecha de Lesión: \_\_\_\_\_

## METAS PARA EL CUIDADO

Las personas consideran obtener servicios quiroprácticos por una diversidad de razones. Algunas lo hacen para aliviar el dolor, otras para corregir la causa y otras para la prevención. Su doctor evaluará sus necesidades y deseos al recomendar su programa de salud. Marque por favor el tipo de cuidado deseado para podernos dirigir por sus deseos siempre que sea posible.

- Alivio sintomático- Aliviar el dolor o la molestia
- Cuidado Correctivo – Corregir, aliviar, estabilizar la causa de su problema.
- Prevención – Mantener su cuerpo al grado más alto de salud posible.
- Quisiera que el doctor seleccionara el tipo de cuidado apropiado para mis condiciones.

Enumere cualquier otro doctor que usted haya consultado para esta condición:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Si es necesario, ¿tenemos su permiso de enviar la información con respecto a su cuidado a su médico primario?  Si  No

Ha recibido cuidado quiropráctico en el pasado:  Si  No      ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Queja Principal

#1 ¿Cual es la razón de su visita hoy? Por favor escriba todos su problemas médicos empezando con el problema principal; el más importante.

---

---

---

#2 ¿Desde cuándo tiene usted este problema?

---

#3 Su problema principal comenzó:

Gradualmente     De repente     A causa de un accidente     No está seguro/a

#4 Su problema está presente:  El 100% del tiempo     50% del tiempo

Menos de 25% del tiempo  75% del tiempo     25% del tiempo

#5 Su problema esta:     mejorando     empeorando     se manutiene igual

#6 Su problema está peor durante:

La mañana     Medio día     Tarde     Noche

#7 Su problema afecta:

Su trabajo     Cuanto duerme     Recreación     Tiempo con la familia  
 Durante su rutina diaria

#8 ¿Ha consultado algún otro profesional con este problema?     No     Quiropráctico

Médico Profesional     Terapia física     Otro: \_\_\_\_\_

#9 ¿Ha tenido este problema antes?     Si     No

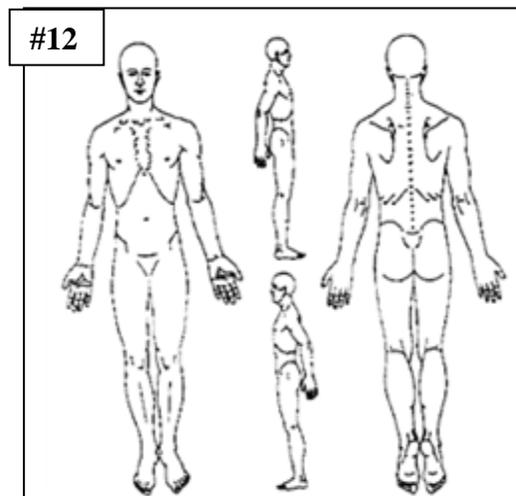
#10 Indique la severidad del su dolor.

(No hay dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Extremo)

#11 Indique el nivel de su empeño en corregir este problema

(no empeñado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Empeñado)

#12 Indique en el gráfico todas las partes del cuerpo donde tiene usted problema. Por favor marque TODAS las áreas aunque sean pequeñas y no sean la razón de su visita.



Firma: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Historial Médico/ Síntomas

#1 Edad de su padre \_\_\_\_\_. Si esta fallecido cual fue la causa: \_\_\_\_\_

#2 Edad de su madre \_\_\_\_\_. Si esta fallecido cual fue la causa: \_\_\_\_\_

#3 ¿Tiene usted hermanos o hermanas?  Si  No

#4 En su familia hay problemas de:  El corazón  Diabetes  Otro: \_\_\_\_\_  
 Cáncer  Artritis \_\_\_\_\_

#5 ¿Está usted tomando medicamentos?  Si  No

¿Si su respuesta fue si, cuales está tomando?  Para los hormones  Anti-inflamatorias  
 Para la presión  Medicina para dolor  
 Para la diabetes  Relajantes para los músculos  
 Para la tiroides  Medicina sin receta  
 Anticonceptivas

#6 ¿En cuál posición trabaja usted?:  Parado/a  Sentado/a  Moviéndose

#7 Normalmente duerme usted:  De espalda  De lado  En su estomago

#8 ¿Cuántas horas duerme usted cada noche?  4hrs o menos  5-6 hrs  7-8 hrs  
 8-10 hrs  10-11 hrs  12 hrs o mas

#9 Usa usted: Tabaco / Cigarros  Si  No Cuantos a la semana \_\_\_\_\_  
Alcohol  Si  No \_\_\_\_\_  
Café / Té  Si  No \_\_\_\_\_  
Vitaminas  Si  No \_\_\_\_\_

#10 ¿Hace usted ejercicio?  Si  No

#11 ¿Ha tenido usted algunos de los siguientes problemas?

- |                                 |   |  |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alergias  | <input type="radio"/> Presión baja        | <input type="radio"/> Piedras en el riñón      | <input type="radio"/> Problemas en los pies     |
| <input type="radio"/> Temblores | <input type="radio"/> Ansiedad            | <input type="radio"/> Hipoglucemia             | <input type="radio"/> Problemas de las hormonas |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Artritis            | <input type="radio"/> Problemas al orinar      | <input type="radio"/> Lesiones en la piel       |
| <input type="radio"/> Mareos    | <input type="radio"/> Gas Anormal         | <input type="radio"/> Problemas psicológicos   | <input type="radio"/> Problemas del corazón     |
| <input type="radio"/> Insomnio  | <input type="radio"/> Irritable           | <input type="radio"/> Perdida de conciencia    | <input type="radio"/> Enfermedad hereditaria    |
| <input type="radio"/> Moretones | <input type="radio"/> Varices             | <input type="radio"/> Problemas de circulación | <input type="radio"/> Orina con frecuencia      |
| <input type="radio"/> Fracturas | <input type="radio"/> Estreñido           | <input type="radio"/> Problemas del riñón      | <input type="radio"/> Sangrado de la nariz      |
| <input type="radio"/> Fatiga    | <input type="radio"/> Convulsiones        | <input type="radio"/> Dolor de espalda         | <input type="radio"/> Problemas respiratorios   |
| <input type="radio"/> Comezón   | <input type="radio"/> Dolores de cabeza   | <input type="radio"/> Sangre en las heces      | <input type="radio"/> Problemas digestivos      |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Meningitis          | <input type="radio"/> Sangre en la orina       | <input type="radio"/> Problemas sexuales        |
| <input type="radio"/> Diabetes  | <input type="radio"/> Hinchazón           | <input type="radio"/> Entumecimiento           | <input type="radio"/> Problemas respiratorios   |
| <input type="radio"/> Diarrea   | <input type="radio"/> Operaciones/Cirugía | <input type="radio"/> Orina en la noche        | <input type="radio"/> Extremidades frías        |
| <input type="radio"/> Cáncer    | <input type="radio"/> Pérdida de peso     | <input type="radio"/> Escalofríos              | <input type="radio"/> Problemas en los ojos     |
| <input type="radio"/> Sinusitis | <input type="radio"/> Problemas al oír    | <input type="radio"/> Presión baja             |   |

Agregue detalles o comentarios aquí: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

## **POLIZA DE LA OFICINA**

Es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado de salud, el seguro o mi información de contacto.

**PLAN #1 - SEGURO:** Entiendo y convengo que las pólizas del seguro de salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y mi persona. Todos los servicios profesionales prestados se cobran directamente al paciente (a mí) y son mi responsabilidad. Entiendo que los costos de mi primera examinación y del primer ajuste deben ser pagados por completo al momento que los servicios me son prestados y hasta que se haya verificado la cobertura de mi seguro. Si mi deducible anual no se ha resuelto, si algunos servicios son negados o no cubiertos, si mi cobertura se vuelve inactiva o ya he utilizado la cuota máxima de mis beneficios médicos, el costo del servicio quiropráctico será mi responsabilidad. En caso que el cheque del seguro me sea enviado, me comprometo a presentarlo a esta oficina si los gastos del servicio no han sido completamente pagados.

**PLAN #2 - EFECTIVO:** Entiendo que los honorarios son pagados a la hora de servicio, a menos que ciertas medidas especiales se hayan tomado por adelantado. Si las medidas especiales son tomadas y me vuelvo inactivo al discontinuar mi cuidado, el excedente de mi plan se cobrará inmediatamente y puede ser cobrado completamente a la tarjeta de crédito o de débito registrada si otros arreglos no han sido hechos. Esto se aplica a todos los tipos de planes, excepto reclamos por lesión automovilística o de lesión relacionada con el trabajo.

**PLAN #3 - COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** Entiendo que una vez he reportado mi accidente a mi empleador, traeré la información necesaria del seguro a esta oficina, y llenaré y firmaré los formularios apropiados para cobrar la segunda visita. La cuenta será enviada a mi seguro directamente. En caso de que yo reciba el cheque del seguro, me comprometo a presentarlo a esta oficina.

**PLAN #4 - LESIÓN AUTOMOVILISTICA:** Comprendo que debo proveer el informe de accidente, mi seguro de coche, seguro médico, el seguro obligado de los partidos, y el abogado si fuera aplicable. Hasta que la información necesaria del seguro sea recopilada y verificada para el cuidado quiropráctico, deberé pagar mi cuidado. La cuenta será enviada a mi seguro directamente después de la verificación de la cobertura. En caso de que yo reciba el cheque del seguro, me comprometo a presentarlo a esta oficina.

Entiendo que cualquier cantidad restante sin pagar del tratamiento después de 60 días llevará interés en el tipo de interés anual legal más alto permitido en Idaho hasta que sea pagada. Si la oficina tiene que emplear un abogado, una agencia de cobro o medios externos para cobrar cuentas atrasadas, yo deberé reembolsar a la oficina por honorarios del abogado, o cualquier otro costo en el que esta oficina haya incurrido para cobrar la cuenta.

CALIFICO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DEL PLAN #\_\_\_\_\_.

Comprendo que puedo solicitar una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad del Quiropráctico y que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y diseminaciones de mi información protegida de salud que ocurra en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de cuidado de salud de mi Quiropráctico. El Aviso de Prácticas de Privacidad para el Quiropráctico también está publicado en la sala de espera de Main Health Solutions. Este aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y responsabilidades del Quiropráctico con respecto a mi información protegida de salud.

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo a esta oficina para la divulgación de cualquier información juzgada apropiada a cualquier compañía, abogado o ajustador de seguros para procesar mis demandas para el reembolso, y la eximo de cualquier consecuencia de ello. Pueden divulgar mi información personal de salud (PHI) a miembros de familia de amigos cercanos que me acompañan si se determina lo más conveniente para mí en orden de poder proveer el mejor cuidado posible para mi persona. Autorizo también a divulgar mi PHI a cualquier otra persona que esté ayudando a pagar mi cuidado de salud. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cómo se utiliza o divulga mi PHI.

### **AMBIENTE ABIERTO**

Mantenemos un ambiente abierto en la oficina para crear un espacio cálido, de familia, de curación, y de educación. Durante los ajustes, no revisamos la información privada; sin embargo, usted estará en un área abierta donde otros pueden verle y/o escuchar por casualidad la conversación. Si existe la necesidad de discutir algo de naturaleza personal o privada, usted debe solicitar una cita especial en uno de nuestras habitaciones privadas. Un doctor o un miembro entrenado del personal hablará con usted sobre su condición, su preocupación u otras materias.

### **TERMINOS DE ACEPTACION**

No diagnosticamos condiciones o enfermedades diferentes a subluxaciones vertebrales. No ofrecemos NINGÚN tratamiento de condiciones o de enfermedades particulares diferentes a subluxaciones vertebrales. No prometemos NINGUNA curación de ninguna condición o enfermedad. No daremos recomendaciones sobre medicamentos o intervenciones médicas.

### **NUESTRA META**

NUESTRA META es localizar, analizar y corregir la interferencia espinal al sistema nervioso. El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función corporal.

Yo he leído la declaración ante dicha y la entiendo totalmente. Emprendo cuidado médico del quiropráctico sobre esta base.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado

### RESPECTO A: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades, y Procedimientos Terapéuticos:

He sido advertido de que el cuidado quiropráctico, como cualquier forma de cuidado de salud, acarrea ciertos riesgos. El riesgo es habitualmente mínimo. Complicaciones como esguinces o tensiones, irritación de la condición de un disco, fracturas menores y posibles derrames que ocurren en una proporción de entre una en un millón o una en dos millones, rara vez han sido asociados con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento así como los riesgos asociados con ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos ofrecidos en [Main Health Solutions](#) me han sido explicados satisfactoriamente y he transmitido mi entendimiento de ambos al doctor. Después de considerarlo cuidadosamente, por medio de la presente consiento el tratamiento en todas sus formas, métodos o técnicas que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi cuidado.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o persona autorizada                      Fecha

## SOLO MUJERES

### RESPECTO A: Rayos-X/Estudios de a través de imágenes

**SOLO MUJERES** → *por favor lea cuidadosamente y rellene los cuadros, incluya la fecha apropiada y firme debajo si ha entendido y no tiene más preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista para más explicación.*

- El primer día de mi último ciclo menstrual fue \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha                       No ciclo menstrual  
 **Me ha sido ofrecida una explicación completa de cuando tengo más probabilidades de quedar embarazada, y en mi mejor entendimiento declaro que no estoy embarazada.**

Al firmar este documento doy fe de que el doctor o un miembro del personal de esta oficina ha discutido conmigo los efectos peligrosos de ionización en un bebe en gestación, y he transmitido mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición de rayos-x. Después de una consideración cuidadosa, yo, por medio de la presente, consiento someterme a la examinación de rayos-x que el doctor considere necesario en mi caso

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o persona autorizada                      Fecha

## TRATAMIENTO DE UN NIJO

Consentimiento para el examen y tratamiento de un hijo menor de edad: Yo, siendo el padre o guardián legal del niño menor de edad, doy mi permiso para la evaluación, rayos x y cuidado Quiropráctico.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o persona autorizada                      Fecha