



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*POR FAVOR ESCRIBA ELEGIBLEMENTE*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número Celular: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_

Numero de Social Security: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (marque uno): Masculino Femenino

Estado Civil (marque uno): Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Raza (marque uno): Asiático Negro Caucásico Otro Etnicidad (marque uno): Hispano No-Hispano

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajo (marque todos lo que aplique): Retirado Estudiante Desempleado Tiempo-Completo Tiempo-Parcial Ninguno

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Quando los doctores trabajan juntos te beneficia. ¿Podemos tener su permiso para actualizar su médico acerca de su cuidado en esta oficina? (marque uno): SI NO

**AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN:** Autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la oficina del quiropráctico o a él quiropráctico. Autorizo al médico a liberar toda la información necesaria para comunicar con médicos personales y otros proveedores de asistencia médica y los pagadores para garantizar el pago de beneficios. Comprendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. Yo también comprendo que si suspendo o termino mi tratamiento de cuidado como ha sido determinado por mi médico que me trata, cualquier honorario por los servicios profesionales será inmediatamente debido y deberá ser pagado.

El paciente entiende y acepta permitir que Spring Ridge Chiropractic, LLC use la Información de Salud del Paciente con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención. Queremos que sepa cómo va a utilizarse su información de salud en esta oficina y sus derechos con respecto a esos registros. Si desea tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su Información de salud, le recomendamos que lea la NOTIFICACIÓN HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DIAGRAMA DE DOLOR**

Usando los símbolos, marque todas las áreas de su cuerpo donde usted siente dolor en el dibujo de abajo.

**A** = Fuerte

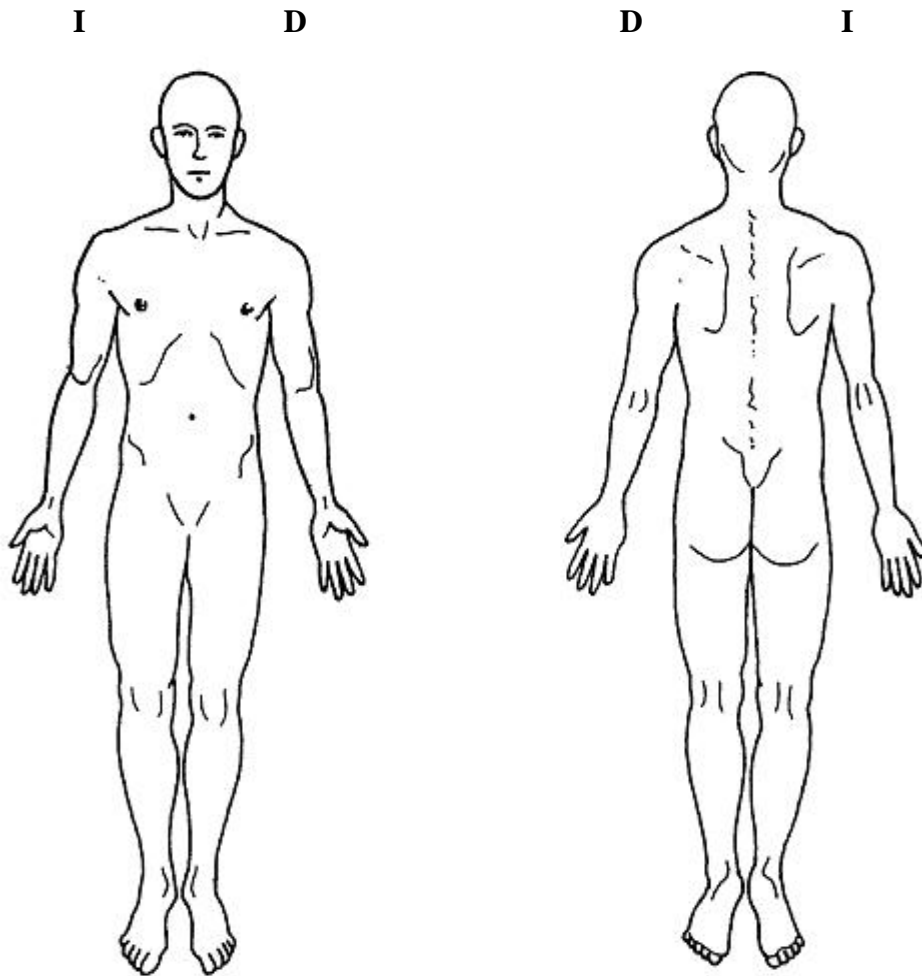
**B** = Ardor

**N** = Adormecido

**P** = Pinchones

**S** = Agudo

**O** = Otro



---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Fecha

---

Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



## QUEJA PRIMARIA

¿Cuál es su queja principal hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo noto por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cómo surgió este dolor? (marque uno):    GRADUALMENTE    DE REPENTE

Su queja actual es el resultado de (marque uno):    ACCIDENTE DE AUTOMOVIL    ACCIDENTE DE TRABAJO    OTRO

¿Con que frecuencia tiene dolor por esta condición? (marque uno):    CONSTANTE    VIENE Y VA

Este dolor es (marque uno):    LEVE    LEVE a MODERADO    MODERADO    MODERADO a SEVERO    SEVERO

¿Cómo describiría este dolor? (marque uno):    DOLOROSO    APAGADO    PULSANTE    AGUDO    ENTUMECIDO

HORMIGUEO    APRETADO    RIGIDEZ    ARDIENTE    OTRO: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor de brazo, pierna o cabeza asociado con esto? (marque uno):    SI    NO    Si la respuesta es SI, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Desde que comenzó el dolor, esta condición se ha (marque uno):    EMPEORADO    MEJORADO    SE MANTIENE IGUAL

¿En una escala del 1-10, con 10 representando el dolor más fuerte que haiga experimentado, que numero le daría a este dolor? \_\_\_\_\_

¿Que empeora el dolor? \_\_\_\_\_

¿Que alivia el dolor? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad que tenga dificultad para realizar desde que comenzó este dolor? (marque uno):    YES    NO

Si la respuesta es SI, describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una condición similar a eta en el pasado? (marque uno):    SI    NO

Si la respuesta es SI, ¿cuándo fue la primera vez que noto este problema? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento de otro proveedor de atención médica para esta condición? (marque uno):    SI    NO

Si la respuesta es SI, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha perdido tiempo en el trabajo como resultado de esta condición? (marque uno):    SI    NO

Si la respuesta es SI, ¿qué fechas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



## QUEJA ADICIONAL

¿Cuál es su queja adicional? \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo noto por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cómo surgió este dolor? (marque uno): GRADUALMENTE DE REPENTE

Su queja actual es el resultado de (marque uno): ACCIDENTE DE AUTOMOVIL ACCIDENTE DE TRABAJO OTRO

¿Con que frecuencia tiene dolor por esta condición? (marque uno): CONSTANTE VIENE Y VA

Este dolor es (marque uno): LEVE LEVE a MODERADO MODERADO MODERADO a SEVERO SEVERO

¿Cómo describiría este dolor? (marque uno): DOLOROSO APAGADO PULSANTE AGUDO ENTUMECIDO

HORMIGUEO APRETADO RIGIDEZ ARDIENTE OTRO: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor de brazo, pierna o cabeza asociado con esto? (marque uno): SI NO Si la respuesta es SI, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Desde que comenzó el dolor, esta condición se ha (marque uno): EMPEORADO MEJORADO SE MANTIENE IGUAL

¿En una escala del 1-10, con 10 representando el dolor más fuerte que haiga experimentado, que numero le daría a este dolor? \_\_\_\_\_

¿Que empeora el dolor? \_\_\_\_\_

¿Que alivia el dolor? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad que tenga dificultad para realizar desde que comenzó este dolor? (marque uno): YES NO

Si la respuesta es SI, describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una condición similar a eta en el pasado? (marque uno): SI NO

Si la respuesta es SI, ¿cuándo fue la primera vez que noto este problema? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento de otro proveedor de atención médica para esta condición? (marque uno): SI NO

Si la respuesta es SI, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha perdido tiempo en el trabajo como resultado de esta condición? (marque uno): SI NO

Si la respuesta es SI, ¿qué fechas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



## HISTORIA FAMILIAR

*Por favor revise las enfermedades y afecciones que se enumeran a continuación e indique las que son problemas de salud actuales del miembro de la familia. Deje en blanco aquellos espacios que no se apliquen.*

CONDICION	PADRE Edad (    )	MADRE Edad (    )	ESPOSO (A) Edad (    )	HERMANO Edad (    )	HERMANA Edad (    )	HIJOS Edad (    )
Artritis						
Asma-Fiebre del Heno						
Problemas de espalda						
Bursitis						
Cáncer						
Estreñimiento						
Diabetes						
Problema del disco						
Enfisema						
Dolores de cabeza						
Problemas del corazón						
Alta presión sanguínea						
Insomnio						
Problemas renales						
Problema hepático						
Migraña						
Nerviosismo						
Neuritis						
Neuralgia						
Nervio pellizado						
Escoliosis						
Sinusitis						
Problemas de Estómago						
Otro:						

Si alguno de los miembros anteriores de la familia ha fallecido, anote su edad al fallecer y causa: \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada es exacta según mi conocimiento:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



## HISTORIAL DE SALUD & HISTORIA MEDICA

Por favor marque la casilla correspondiente por cualquiera de los siguientes síntomas que está experimentando **AHORA** o que haya experimentado en el **PASADO**.

Ahora	Pasado		Ahora	Pasado		Ahora	Pasado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el codo o en la
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de mandíbula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala Postura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pie o tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del hombro			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza - frecuencia:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alfileres y agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de gusto u olor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa o doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las piernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se hace moretones fácilmente			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene toz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta el aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lloriqueo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidades alimenticias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en los hábitos intestinales			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina frecuénteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina excesivamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia caliente o fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de tamaño en pies o manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de manos o pies tamaño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcas de Estrías
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuevas erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acné excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida excesiva de cabello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Híper/hipo pigmentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis			

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



## HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL

¿Alguna vez ha tenido cirugía? (Marque uno): SI NO

En caso afirmativo, ¿qué y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento o suplemento (incluyendo medicamentos sin receta médica)? (Marque uno): SI NO

Lista: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguna lesión? (Marque uno): SI NO

En caso afirmativo, ¿qué lesión y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguna enfermedad? (Marque uno): SI NO

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tuviste alguna vez un accidente? (Marque uno): SI NO

En caso afirmativo, ¿qué y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? (Marque uno): SI NO

Si está empleado, ¿cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_

Por favor marque la casilla correspondiente para las siguientes actividades.

**FRECUENTE = F A VECES = A NUNCA = N**

F	A	N	Actividad
			Hace Ejercicio
			Toma Alcohol

F	A	N	Actividad
			Fuma
			Usa drogas

F	A	N	Actividad
			Toma Cafeína

¿Cuántas comidas comes cada día? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna restricción de dieta? (Marque uno): SI NO

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)



### **POLÍTICA DE NOMBRAMIENTO PÉRDIDA**

Queremos agradecerle por elegirnos como su proveedor de salud quiropráctica. Recuerde que hemos reservado citas especialmente para usted. Por lo tanto, requerimos al menos 24 horas de antelación para reprogramar su cita. Esto nos permitirá ofrecer su tiempo cancelado a otros pacientes que desean obtener su tratamiento. Al cancelar su cita a último minuto, todo el mundo pierde - usted, el médico y otros pacientes que le gustaría haber utilizado su hora de cita.

Una cita perdida y / o cancelada sin notificación de al menos 24 horas dará lugar a un cargo de \$ 25 a su cuenta. Gracias por su consideración a nuestras políticas y por la oportunidad de ser su oficina de quiropráctica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)

### **ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE REFERENCIA**

Entiendo que soy responsable de obtener los formularios de referencia apropiados para mis servicios. Soy consciente de que si no obtengo una referencia, seré responsable del saldo de los servicios no pagados por mi compañía de seguros que requieren una remisión o pre autorización de referencia. También soy consciente de que muchas oficinas de Atención Primaria requieren 2-4 días de antelación antes de emitir una referencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)





## CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos (también conocidos como ajustes quiroprácticos o tratamientos de manipulación de quiropráctica) y cualquier otro procedimiento asociado, como exámenes físicos, exámenes, radiografías de diagnóstico, fisioterapia, medicina física, procedimientos de fisioterapia, etc. en mí por los médicos y / u otros asistentes y / o profesionales con licencia de Spring Ridge Chiropractic, LLC.

Entiendo, como con cualquier procedimiento de atención médica, que hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante los tratamientos quiroprácticos. Estas complicaciones incluyen pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, luxaciones, tensión muscular, síndrome de Horner, parálisis diafragmática, miopatía cervical y cepas costo vertebrales y separaciones. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones a las arterias en el cuello que conducen a o que contribuyen a las complicaciones incluyendo accidente cerebrovascular.

Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente resultan en alguna debilidad subyacente del hueso, que verificamos durante la toma de su historia y durante el examen. El accidente cerebrovascular ha sido objeto de tremendo desacuerdo dentro y fuera de la profesión con una autoridad prominente diciendo que hay como máximo una posibilidad de un millón de tal resultado. Puesto que incluso ese riesgo debe ser evitado si es posible, empleamos pruebas en nuestro examen que están diseñadas para identificar si usted puede ser susceptible a ese tipo de lesión. Las otras complicaciones también se describen generalmente como "raras". No espero que el médico pueda anticiparse a todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza juicio durante los procedimientos que el médico siente en ese momento, basados en los hechos entonces conocidos, que son en mi mejor interés.

He tenido la oportunidad de discutir con los médicos y / o con el personal de la oficina de Spring Ridge Chiropractic, LLC la naturaleza, el propósito y los riesgos de los tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos recomendados. He tenido mis preguntas contestadas a mi satisfacción. También entiendo que los resultados específicos no están garantizados.

He leído, o me han leído, la explicación anterior de los tratamientos quiroprácticos.

Al firmar a continuación, declaro que he sido informado y sopesado los riesgos involucrados en el tratamiento quiropráctico en esta oficina de atención médica. He decidido que es de mi mejor interés recibir tratamiento quiropráctico. Doy mi consentimiento a este tratamiento. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mis condiciones actuales y para cualquier condición futura para la que busco tratamiento.

### FIRME SÓLO DESPUÉS DE ENTENDER Y ACEPTAR LO ANTERIOR

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo



## **RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SEGÚN HIPAA & CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

El abajo firmante reconoce que él o ella ha recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina de acuerdo con HIPAA y se le ha informado que una copia completa del Manual de Cumplimiento de HIPAA de esta oficina está disponible bajo petición.

El abajo firmante acepta el uso de su información de salud de una manera consistente con el Aviso de Prácticas de Privacidad de acuerdo con HIPAA, el Manual de Cumplimiento de HIPAA, la ley estatal y la Ley Federal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

### **PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD CON CIERTAS PERSONAS**

Ocasionalmente, nuestra oficina puede necesitar comunicarse con alguien de su familia o cerca de usted para transmitir cierta información de salud. Esta información puede ir desde avisos de citas hasta información limitada sobre su cuidado y tratamiento. Nos gustaría su permiso para compartir esta información con las personas que usted elija. Usted puede revocar este permiso en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Por favor identifique a continuación a aquellas personas con las cuales esta oficina está autorizada a compartir esta información:

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el Paciente</b>	<b>Número de teléfono</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es menor de edad)