

Confidential Patient Data

IF YOU NEED ANY ASSISTANCE COMPLETING THIS FORM, PLEASE ASK THE RECEPTIONIST

PATIENT INFORMATION

Today's Date: _____

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ E-mail: _____

Social Security #: _____ Age: _____ Male Female

Marital Status: Married Single Divorced Separated Other _____

Name of Spouse or Nearest Relative: _____ Phone: _____

Your Occupation _____ Your Employer: _____

Referred to this Office by: Relative/Family Member - Name? _____

Clinic Friend - Name? _____

Yellow Pages Other _____

Internet Radio Station: _____

Newspaper Health Fair - Location: _____

Payment for Services will be by: Cash Credit Card Health Insurance

Check Automobile Insurance Worker's Compensation

Name of Insurance Co.: _____ Insured's Employer: _____

Insured's Social Security #: _____ Employer's Phone #: _____

Are you covered by more than one insurance company? Yes No Name _____

MEDICAL/FAMILY HISTORY S = Self M = Mother F = Father

(Please indicate which conditions have been experienced by the above by marking appropriate boxes).

S	M	F		S	M	F		S	M	F	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dislocated joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neck pain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nervousness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	German measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	numbness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	polio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heart trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poor circulation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bladder trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reproductive disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bone fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	high blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rheumatic fever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rheumatism
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kidney disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scarlet fever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	concussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bowel control loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	serious injury
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	menstrual cramps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinus trouble
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	multiple sclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muscular dystrophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	venereal disease

Have you been treated by a physician for any health condition in the last year? Yes No

Describe Condition _____ Date of Last Physical Exam _____

SURGICAL HISTORY:

1. _____ Date: _____

2. _____ Date: _____

3. _____ Date: _____

Have you ever had a metal implant? Yes No Ever been shot by a gun? Yes No

ACCIDENT HISTORY: Job Auto Other 1. _____ Date: _____

Job Auto Other 2. _____ Date: _____

Job Auto Other 3. _____ Date: _____

PLEASE DESCRIBE PRESENT MAJOR COMPLAINTS:

Please Rate Your symptoms from 1 to 10 (with 10 being the worse).

1 -10

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

SYMPTOMS ARE WORSE IN: Morning Afternoon Night
WHEN AND HOW DID THEY OCCURRED? _____

SYMPTOMS DEVELOPED FROM: Job Related Injury Auto Accident Injury Illness

DATE OF ONSET: _____ Unknown Cause Gradual Onset Other: _____

SYMPTOMS HAVE PERSISTED FOR #: Hour(s) Day(s) Week(s) Month(s) Year(s)

SYMPTOMS/COMPLAINTS: Are Infrequent Are Constant Other: _____

HAVE YOU EVER HAD THESE SYMPTOMS BEFORE: NO YES WHEN? _____

WHAT DO YOU THINK IS CAUSING YOUR COMPLAINTS/SYMPTOMS? _____

NAME AND ADDRESS OF DOCTORS PREVIOUSLY SEEN FOR PRESENT CONDITION(S)/SYMPTOM(S): _____

ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATIONS No Yes What Kind? _____

ARE YOU TAKING ANY MEDICATIONS No Yes What Kind? _____

ARE YOU PREGNANT Yes No - Date of Last Menstrual Period: _____

PLEASE CHECK THE FOLLOWING ACTIVITIES THAT AGGRAVATE YOUR CONDITION:

- Bending Reaching Pushing Coughing Sitting Turning Head
- Lifting Sneezing Walking Laying Down Standing Sleeping

PLEASE CHECK THE FOLLOWING ACTIVITIES THAT RELIEVE YOUR CONDITION:

- Sleeping Hot Bath Massage Laying Resting Turning Head
- Lifting Stretching Walking Sitting Down Standing Exercise

PLEASE CHECK ANY ADDITIONAL SYMPTOMS YOU MAY BE EXPERIENCING:

- blurred vision ringing in ears cold feet cold hands
- cold sweats concentration loss confusion constipation
- diarrhea dizziness face flushed fainting
- fatigue depression head seems too heavy headaches
- insomnia light bothers eyes loss of balance loss of smell
- loss of taste low resistance to colds muscle jerking numbness in fingers
- numbness in toes pins and needles in arms pins and needles in legs weeping spells
- shortness of breath stiff neck stomach upset fever

Patient's Signature: _____

Date: _____

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMA, POR FAVOR PREGUNTE AL LA RECEPCIONISTA

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

No. de Seguro Social _____ Su Edad: _____ Masculino Femenino

Licencia de Conducir Estado/No. _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro _____

Nombre de su Esposo(a) ó Pariente Cercano: _____ Teléfono: _____

Su Profesión: _____ Su Empleador: _____

Fue Referido a esta Oficina por: Pariente ó Persona Familiar y Su Nombre: _____

En la Clínica Amigo(a) y Su Nombre: _____

Páginas Amarillas Otro _____

Internet Radio – Cual: _____

Periódico Demonstración en centro comercial – Donde: _____

T.V. Correo

Pago será: En Efectivo Tarjeta de Crédito/Débito Seguro Médico

Cheque Seguros de Automóvil La Compensación del Trabajador

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Empleador del Asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado No: _____ No. de Teléfono del Empleador: _____

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros? Si No - Nombre del Seguro: _____

HISTORIA MEDICA/FAMILIA

Y = YO

M = MADRE

P = PADRE

(Favor de indicar en la espacio apropiado que condición (es) ha(n) experimentado)

Y M P

SIDA

anemia

artritis

asma

dolor de espalda

problemas con la vejiga

fractura de hueso

cáncer

dolor de pecho

concusión/conmoción

convulsiones

diabetes

indigestión

Y M P

dislocación de coyunturas

epilepsia

sarampión alemán

dolor de cabeza

problemas del corazón

desórdenes reproductivos

hipertensión

HIV/ARC

desórdenes de riñón

pérdida de control intestinal

calambres mentales

esclerosis múltiple

distrofia múltiple

Y M P

dolor de cuello

nerviosismo

entumecimiento

polio

mala circulación

hepatitis

fiebre reumática

reumatismo

escarlatina

lesiones graves

problemas del seno

tuberculosis

enfermedad venérea

Ha sido tratada por un médico para cualquier condición de salud en el último año? Si No

Describe la condición _____ Fecha del último examen físico _____

HISTORIA QUIRÚRGICA:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

3. _____ Fecha: _____

Ha tenido alguna vez un implante metálico? Si No Le han baleado alguna vez? Si No

HISTORIA DE ACCIDENTES:

Trabajo Automóvil Otro 1. _____ Fecha: _____

Trabajo Automóvil Otro 2. _____ Fecha: _____

Trabajo Automóvil Otro 3. _____ Fecha: _____

Allendale Chiropractic Clinic

1210 Allendale Road, Pasadena, Texas 77089

POR FAVOR DESCRIBA SUS QUEJAS PRINCIPALES PRESENTES:

Por favor califique su síntomas de 1 - 10 (Con 10 siendo el peor).

1 - 10

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

SÍNTOMAS SON PEORES EN: Mañana Tarde Noche
 CUANDO Y COMO
 OCURRIÓ: _+_____

SÍNTOMAS SE DESARROLLARON DE: Lesión de Trabajo Accidente de Auto Accidente Otro Enfermedad
 FECHA QUE OCURRIÓ: _____ Motivo No Conocido Otro: _____ Inicio Gradual

SINTOMAS PERSISTEN POR No.: Hora(s) Día(s) Semana(s) Mes(es) Año(s) Otro: _____
 SINTOMAS SON: Constante Infrecuente Otro _____
 HA TENIDO ESTOS SÍNTOMAS ANTES: No Si - Cuando: _____
 QUÉ PIENSAS QUE PUEDE SER LA CAUSA DE SU QEJA: _____

NOMBRE Y UBICACIÓN DE TODOS LOS MEDICOS VISTO ANTERIORMENTE PARA ESTA CONDICION(ES): _____

ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: No Si - Cuáles? _____
 ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO: No Si - Cuáles? _____

ESTÁS EMBARAZADA: Si No - Fecha del Último Período Menstrual: _____

POR FAVOR, REVISE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE AGRAVAN SU CONDICIÓN:

- Inclinar Extenderse Empujar Toser Girar la Cabeza
- Cargar Estornudar Caminar Estar Parado Sentarse

POR FAVOR, REVISE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE ALIVIAN SU CONDICIÓN:

- Dormir Baño Caliente Masaje Acostar Girar la Cabeza
- Cargar Caminar Sentarse Estar Parado Estiramientos

POR FAVOR, REVISE LOS SINTOMA ADICIONALES QUE ESTA SUFRIENDO:

- los brazos dormidos zumbido en los oídos pies fríos manos frías
- concentra miento confusión estreñimiento depresión
- como agujas en las piernas cara roja desmayos fatiga
- movimiento de músculos dolores de cabeza insomnio luz molesta los ojos
- pérdida de olfato perdida de sabor no resiste el frío falta de aire
- entumecimiento de los pies visión borrosa mareos cuello tieso
- entumecimiento de las manos cabeza pesada diarrea fiebre
- dolor de estómago sudores fríos equilibrio episodios de llanto

Firma del Paciente

Fecha

Patient Health Information Consent Form

We would like to inform you on how your Patient Health Information (PHI) is going to be used in this office and your rights concerning those records. Before we begin any health care treatment, we require you to read and sign this consent form, stating that you understand and consent to our policies and procedures on patient record keeping and usage. If you would like to have a more detailed account of our policies and procedures concerning the privacy of your Patient Health Information we encourage you to read the HIPPA NOTICE that is available to you at the front desk before signing this consent. *(Nos gustaría informarle de la manera en la que la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos sobre los registros. Antes de comenzar cualquier tratamiento de cuidado de salud, necesitamos que lea y firme este formulario de consentimiento, que indica que usted entiende y acepta las políticas y procedimientos de mantenimiento de su registro y el uso de su información. Si le gustara tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos acerca de la privacidad de su Información de Salud del Paciente, antes de firmar este consentimiento, le recomendamos que lea el AVISO de HIPPA que está disponible para usted, en la recepción.)*

- 1. The patient understands and consents to allow of this chiropractic office to use your Patient Health Information (PHI) for the purpose of treatment, payment, healthcare operations, and coordination of care. As an example, the patient consents to allow this chiropractic office to submit request PHI to Health Insurance Company (or companies) provided to us by the patient for the purpose of payment. Be assured that this office will limit the release of PHI to the minimum needed for what the insurance companies require for payment.** *(El paciente entiende y da su consentimiento para que esta oficina quiropráctica utilice la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) para el procedimiento del tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y la coordinación de la atención de la salud. Como un ejemplo, el paciente da su consentimiento para permitir que esta oficina solicite PHI-ISP de compañías de seguros de salud, que nos ha proporcionado el paciente, con el propósito de pago. Sea asegurado que esta oficina limitará la liberación de PHI-ISP a mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago.)*
- 2. The patient has the right to examine and obtain a copy of his or her own health records at any time and request corrections. The patient may request to know what disclosures have been made and may submit in writing any further restrictions on the use of their PHI. Our office is not obligated to agree to those restrictions.** *(El paciente tiene el derecho a examinar y obtener una copia de su archivo de salud, en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar revelaciones hechas en su archivo y puede presentar por escrito cualquier otra restricción sobre el uso de su PHI-ISP. Nuestra oficina no está obligado a aceptar las restricciones.)*
- 3. A patient's written consent need only be obtained one time for all subsequent care given the patient in this office.** *(El consentimiento escrito del paciente solamente es necesario obtenerse una vez para todos los subsiguientes cuidados dado al paciente, en esta oficina.)*
- 4. The patient may provide a written request to revoke consent at any time during care. This would not effect the use of those records for the care given prior to the written request to revoke consent but would apply to any care given after the request has been presented.** *(El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante la terapia. Esto no afectaría el uso de registros para la atención, antes de la solicitud escrita de revocar el consentimiento, sino que se aplicaría a cualquier atención después de que la solicitud ha sido presentada.)*
- 5. For your security and right to privacy, all staff has been trained in the area of patient record privacy and a privacy official has been designated to enforce those procedures in our office. We have taken all precaution that are known by this office to assume that your records are not readily available to those who do not need them.** *(Para su seguridad y su derecho a la privacidad, todo el personal ha sido entrenada en el área de privacidad de los registros de los pacientes y un oficial de privacidad ha sido designado para aplicar estos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado toda precaución que son conocidos por esta oficina para asumir que sus registros no están disponibles para quienes no los necesitan.)*
- 6. Patients have the right to file a formal complaint with our privacy official about any possible violations of these policies and procedures.** *(Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier violación posible de estas pólizas y procedimientos.)*
- 7. If the patient refuses to sign this consent for the purpose of treatment, payment and health care operations; the chiropractic doctor has the right to refuse to render treatment.** *(Si el paciente se niega a firmar este consentimiento, para el tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud; el doctor quiropráctico tiene el derecho a negarse a rendir el tratamiento.)*
- 8. From time to time we may send you birthday cards, correspondences, use your name on a birthday list or use your name on a referral board, in our office. By you placing your signature below, you give us permission to do so.** *(De vez en cuando, les enviamos tarjetas de cumpleaños, correspondencias, utilizamos su nombre en un lista de cumpleaños o utilizamos su nombre en una tabla de referencia, en nuestra oficina. Por su firma a continuación lo que nos han dado permiso para hacerlo. Por poner su firma abajo, usted nos da permiso para hacerlo.)*

I have read and understood how my Patient Health Information will be used and I agree to these policies and procedures. *(He leído y he entendido la susodicha información y estoy de acuerdo con sus términos.)*

Patient Signature (Firma del Paciente)

_____/_____/_____
Date (Fecha)

Print Patient Name (Imprima el Nombre del Paciente)