

## **BIENVENIDO(A) A FALLS CHIROPRACTIC AND INJURY**

**INFORMACION DEL PACIENTE** (La siguiente información se requiere por propósitos de seguro de salud)

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ APODO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ # DE SUITE/APT: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
# DE TELEFONO: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_  
GENERO: MASCULINO FEMENINO  
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) OTRO: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
# DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_ ESTADO DE EXPEDICION: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: (por favor circule una) EMPLEADO ESTUDIANTE OTRO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO** (Informacion obligatoria si usted, el paciente, **NO** es el (la) dueño(a) del seguro)

RELACION CON EL DUEÑO DEL SEGURO: ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO: \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_  
# DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
GENERO: MASCULINO FEMENINO

**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_

Para continuar su cuidado de una manera adecuada, nos gustaría mandarle un resumen de su visita inicial a su médico de atención primaria. Si usted nos autoriza a hacer esto, por favor escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_ y llene la siguiente informacion:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Iniciales)** Al leer esto, reconozco que se me ha informado de que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA está disponible para mí para revisar o recibir una copia si la solicito. Entiendo que esta oficina sigue todos los requisitos de cumplimiento de HIPAA.

# Paciente Cuestionario de Salud

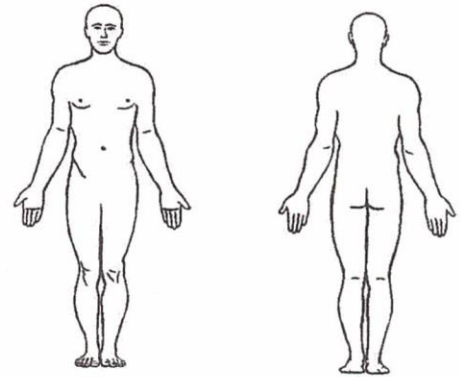
**Nobre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL (99203: min de 4,99213:1-3)

- 1. Discribe sus síntomas ACTUALES \_\_\_\_\_
- 2. ¿Cuándo comenzó sus síntomas? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Cómo comenzó sus síntomas? (Ejemplo: despertó con él, me agaché, gradualmente etc...) \_\_\_\_\_

• EN LA IMAGEN DE ABAJO, por favor indique donde usted tiene dolor o otros síntomas:

- 4. ¿Con que frecuencia usted experimenta sus síntomas?  
\_\_\_ Constante (76-100% del día)  
\_\_\_ Frecuente (51-75% del día)  
\_\_\_ A veces (26-50% del día)  
\_\_\_ Intermitentemente (0-25% del día)



- 5. Que describe la naturaleza de sus síntomas:  
\_\_\_ Agudo \_\_\_ Punzadas \_\_\_ Dolor sordo  
\_\_\_ Ardiente \_\_\_ entumecimiento \_\_\_ Hormiguelo

SIN DOLOR

INAGUANTABLE

- 6. Indique la intensidad de sus síntomas: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 7. Cuánto ha interferido el dolor con sus actividades normales de la vida diaria, tanto para el hogar y el trabajo:  
\_\_\_ Nunca \_\_\_ Un Poco \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Bastante \_\_\_ Extremadamente

8. Que hace que su síntomas EMPEOREN: \_\_\_\_\_

9. Que hace que su síntomas MEJOREN? \_\_\_\_\_

10.Cuál es su ocupación? (ayuda a determinar la mecánicas relacionadas con el tema) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_ Auto empleado \_\_\_ Desempleado \_\_\_ otro

11. Ha tenido síntomas similares en el pasado? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

12. Ha recibido tratamiento por estos síntomas? De quien? \_\_\_ Esta clínica (Cuando?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Medico \_\_\_ Fisioterapeuta \_\_\_ Otro Quiropractico \_\_\_ Otro (\_\_\_\_\_)

13. Has visto a alguien más para este episodio de síntomas? \_\_\_ Medico \_\_\_ Otro Quiropractico \_\_\_ otro

Qué tratamiento recibió usted y cuando: \_\_\_\_\_

Qué pruebas ha tenido para sus síntomas y cuándo fueron realizados? \_\_\_ Radiografías, Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_ CT SCAN, fecha \_\_\_\_\_ \_\_\_ MRI, fecha \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nobre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Revisión de los Sistemas:** *Marque la casilla que corresponda a cada condición. Marque NO si ninguno.*

(99203: 2 pertinent, 99213: 1 pertinent)

<b>Cardiovascular</b>	Antes	Ahora	No	<b>Respiratorio</b>	Ant	Ahora	No	<b>Alérgico/Inmunológica</b>	Ant	Ahora	No
Mala circulación				Asma				Ronchas			
Hipertensión				Tuberculosis				Enfermedad imune			
Aneurisma aortico				Corta respiración				VIH/SIDA			
Enfer. del corazón				Enfisema				Vacunas contra alergia			
Ataque al corazón				Gripe				Uso de cortisona			
Dolor de pecho				Tos							
Colesterol alto				Silbar del pecho							
Marcapasos								<b>Oído, nariz y garganta</b>			No
Dolor de mandibula				<b>Ojos</b>			No		Ant	Ahora	
Latidos irregulares					Ant	Ahora		Dificultad para tragar			
Piernas hinchadas				Glaucoma				Mareo			
				Visión doble				Pérdida de la audición			
<b>Genitourinario</b>			No	Visión borrosa				Dolor de garganta			
	Antes	Ahora						Hemorragias nasales			
Enfer. del riñón				<b>Psiquiátrico</b>			No	Sangrado de las encías			
Ardor al orinar					Ant	Ahora		Infecciones sinusales			
Urinación Frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				<b>Gastrointestinal</b>			No
Cálculos renales				Estrés					Ant	Ahora	
Dolor lateral inferior								Problemas de vesícula			
				<b>Endocrino</b>			No	Problemas intestinales			
<b>Neurológica</b>			No		Ant	Ahora		Estreñimiento			
	Antes	Ahora		Tiroides				Problemas del hígado			
Accidente cerebrovascular				Perdida de cabello				úlceras			
Convulsiones				Diabetes				Diarrea			
Lesion en la cabeza				Menopáusia				Náuseas / Vómitos			
Aneurisma				Menstrual				Feces con sangre			
Entumecimiento								Poco apetito			
Dolor de Cabeza				<b>Hematológica</b>			No				
Nervios pinzados					Ant	Ahora		<b>Musculoskeletal</b>			No
Parkinsonismo				Hepatitis					Ant	Ahora	
Síndrome del túnel carpiano				Coágulos de sangre				Gota			
Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Moretones				Rigidez de coyunturas			
<b>Constitucional</b>			No	Sangradura				Músculos débiles			
	Antes	Ahora		Fiebre				Osteoporosis			
Perdida/gano de peso				Sudación				Huesos rotos			
Energia baja											
Dificultad para dormir								Reemplazos de coyunturas			

**Historia Médica:**

PSFH (99203: 1 pertinent)

Lista de todos los **medicamentos** prescritos actuales, medicamentos de venta libre y suplementos:

---



---



---

**Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Ninguno conocido \_\_\_\_\_ Latex \_\_\_\_\_ Medicamentos (nombre) \_\_\_\_\_

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Enumerar todas las cirugías y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Enumerar todas las enfermedades graves: \_\_\_\_\_

Lista de todos los traumatismos o accidentes significativos: \_\_\_\_\_

**\*Por favor incluya fechas aproximadas**

**Historial médico familiar para la herencia y riesgo:**

Indique si un familiar directo (padres, abuelos, hermanos) tiene actualmente o ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Escoliosis \_\_\_\_\_ Lupus \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_

**Historia social:**

Uso de Alcohol \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_\_ nunca

Tobaco \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_\_ nunca

Ejercicio \_\_\_\_\_ frecuentemente \_\_\_\_\_ de vez en cuando \_\_\_\_\_ esporádicamente

Tipo de Ejercicio \_\_\_\_\_ caminar frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ correr frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nadar frecuencia/distancia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ levantar pesas tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ clases tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

**Otras preocupaciones o cuestiones que le gustaría consultar:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**ESCRIBA EL NOMBRE:** \_\_\_\_\_

( *Blood Pressure* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *Pulse* \_\_\_\_\_ *Temp* \_\_\_\_\_ )

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Al paciente: Lea este documento por completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene este documento. Si algo no queda claro, pregunte antes de firmar.

## La naturaleza del ajuste quiropráctico

El primer tratamiento que yo uso como médico quiropráctico es una terapia de manipulación de la columna. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Es posible que utilice las manos o un instrumento mecánico en su cuerpo de tal forma que mueva sus articulaciones. Esto puede ocasionar un "pop" o "clic" audible parecido al que usted ha experimentado cuando hace crujir los nudillos. Puede que experimente una sensación de movimiento.

## Análisis, examen y tratamiento

Como parte del análisis, el examen y el tratamiento, usted da su consentimiento para los siguientes procedimientos.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> terapia de manipulación de la columna | <input type="checkbox"/> palpación              | <input type="checkbox"/> signos vitales |
| <input type="checkbox"/> examen de amplitud de movimiento      | <input type="checkbox"/> examen ortopédico      |   |
| <input type="checkbox"/> examen neurológico básico             |   |   |
| <input type="checkbox"/> examen de fuerza muscular             | <input type="checkbox"/> análisis postural      | <input type="checkbox"/> ecografía      |
| <input type="checkbox"/> terapia de uso de calor y frío        | <input type="checkbox"/> estimulación eléctrica |   |
| <input type="checkbox"/> estudios radiográficos                | <input type="checkbox"/> tracción mecánica      |   |
| <input type="checkbox"/> Otro                                  |   |   |
- 
- 
- 

## Los riesgos materiales inherentes en el ajuste quiropráctico.

Como ocurre en cualquier procedimiento de atención de salud, existen ciertas complicaciones que pueden aparecer durante la manipulación quiropráctica y la terapia. Entre estas complicaciones se encuentran: **Fracturas, lesiones al disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, tensión y separación costovertebral y quemaduras.** Algunos tipos de manipulación del cuello se asocian a **lesiones en las arterias en el cuello que llevan o contribuyen a generar graves complicaciones, como, por ejemplo, un ataque cerebrovascular.** Algunos pacientes sentirán rigidez y dolor después de los primeros días del tratamiento. Haré todos los esfuerzos razonables durante el examen para evaluar las contraindicaciones del tratamiento; sin embargo, si tiene una condición de la que no se me haya informado, es su responsabilidad informarme.

## La probabilidad de que se ocurran estos riesgos.

Las fracturas se presentan en casos aislados y generalmente son el producto de una debilidad subyacente del hueso, la cual verifico cuando le pregunto sus antecedentes y durante el examen y las radiografías. El ataque cerebrovascular ha sido sujeto de tremendos desacuerdos. Las incidencias de **ataques cerebrovasculares son extremadamente poco probables** y se estima que ocurran **entre uno en un millón y uno en cinco millones cuando se trata de ajustes cervicales.** Por lo general, las otras complicaciones también se describen como raras.

## La disponibilidad y la naturaleza de las otras opciones de tratamiento

Entre las otras opciones de tratamiento para su condición se encuentran:

- Autoadministración de analgésicos de venta sin receta médica
- La atención médica y los medicamentos de venta con receta médica como, por ejemplo, antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización
- Cirugía

Si elige utilizar uno de las opciones que se indican como "otros tratamientos" mencionadas anteriormente, debe estar consciente de que existen riesgos y beneficios de tales opciones y es posible que quiera analizar estas opciones con su médico de atención primaria.

### **Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento**

No recibir tratamiento puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad la cual puede establecer una reacción al dolor además de la reducción de la movilidad. Con el tiempo este proceso puede complicar el tratamiento haciendo que sea más difícil y menos efectivo mientras más tiempo se pospone.

**NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDA LO ANTERIOR. MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y FIRME DEBAJO**

Leí [ ] o me leyeron [ ] la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo analicé con el Dr Laviano y se respondieron mis preguntas satisfactoriamente. Mediante la firma a continuación declaro que consideraré los riesgos implicados al someterme al tratamiento y he decidido que es lo mejor para mí someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado sobre los riesgos, por el presente doy mi consentimiento para el tratamiento.

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

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

Richard A. Laviano D.C.  
**Nombre del médico**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, madre o tutor  
(si es menor de edad)**

## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

**COMPAÑÍA DE SEGURO PARTICIPANTE:** Al firmar a continuación, entiendo que soy responsable de todo el saldo de mi factura. Falls Chiropractic and Injury extenderá el crédito por la porción que se espera que esté cubierta por mi seguro. Por lo tanto, acepto los siguientes requisitos de directiva de la oficina:

1. Pagar en su totalidad (el monto contratado) hasta que se cumpla mi deducible anual (si corresponde).
2. Pagar mi porcentaje de copago del servicio facturado cada visita (si corresponde).
3. Pagar mi copago fijo por visita de acuerdo con la cláusula de copago de mi póliza (si corresponde).
4. Pagar el saldo adeudado en cada reclamo después de recibir cualquier pago del seguro cuando reciba notificación de esta oficina. Para los planes en los que esta oficina participa, esto podría incluir artículos o servicios no cubiertos o si se indican porciones de responsabilidad del paciente no colectadas en el momento del servicio. Cualquier pago por el paciente y el seguro se aplicará a su próxima fecha de servicio a menos que solicite un reembolso.
5. La oficina hace todos los esfuerzos posibles para garantizar la atención de calidad, que puede incluir después de horas / llamadas de fin de semana. Si mi médico me aconseja o solicita que me venga a la oficina durante este tiempo, puede haber un cargo **adicional** (de ajuste y / o tratamiento) de **\$70.00**. Esto no suele estar cubierto por la mayoría de los planes de seguro y será MI responsabilidad.
6. Si mi doctor está fuera de la ciudad o no está disponible para estar de guardia, habremos hecho arreglos con otra oficina de quiropráctica. Si me ven de forma urgente, me pueden tratar como un nuevo paciente y estarán facturando mi seguro (si están participando con mi seguro, es mi responsabilidad comprobar si están en mi plan) o cobrándome como tal.
7. **Requerimos un aviso de 4 horas para cancelaciones de citas y la cuota de cita perdida es de \$50. Tenemos un sello de fecha y hora en nuestro servicio de contestador automático, así que siéntase libre de dejar un mensaje en cualquier momento.**
8. Si yo tengo una póliza de HMO o Medicaid que requiere una remisión de mi doctor de atención primaria, es mi responsabilidad obtener la referencia / autorización apropiada **antes** de mi visita. Esta oficina esta dispuesta a ayudarme si es necesario, pero no somos responsables de denegaciones de referencia que falten. Muchos médicos de atención primaria requieren que el paciente los vea antes de que emita una autorización de remisión y no suministrará uno retroactivamente.
9. Si por alguna razón yo tengo un saldo, yo recibiré un estado de cuenta. Si yo tengo un saldo de cero, **no** recibiré un estado de cuenta. **Habrà un cargo de financiamiento mensual del 1,5% que se acumulará en cualquier saldo de los pacientes de más de 30 días de vencimiento.**
10. **POR FAVOR TENGA EN CUENTA: UN CARGO DE EXAMEN SE APLICARÁ SI HAY UN NUEVO INCIDENTE O LESIÓN O SI NO HA ESTADO EN LA OFICINA PARA UN PLAN DE TRATAMIENTO EN CURSO. SE COBRARA UN EXAMEN DE REEVALUACIÓN CADA 12-16 VISITAS. SE CONSIDERA UN NUEVO PACIENTE SI USTED NO HA SIDO VISTO POR 3 AÑOS O MÁS.** Requerimos formularios y las tarjetas del seguro actualizados a nuestra discreción para que nuestros archivos se ajusten a los requisitos de su seguro médico, y al Departamento del Seguro del Estado para propósitos de auditoría.

### ASIGNACIÓN, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA POLIZA

Por la presente asigno los beneficios de los que soy elegible para recibir por el cuidado prestado en esta oficina, a Falls Chiropractic and Injury. En consideración a esta asignación, la oficina otorga crédito. Autorizo a la oficina a divulgar cualquier información, según las pautas de HIPPA, a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado que ayude en el pago de reclamo (s). Comprendo y acepto plenamente que mis pólizas de seguro son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo mismo. Yo seré responsable de cualquier gasto no pagado por el seguro, por lo que está permitido con nuestro contrato. Una fotocopia de este formulario se considerará válida como el original. Este formulario de póliza no tiene fecha de vencimiento a menos que se reciba la revocación por escrito.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con esta póliza.**

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_