

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 información:

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

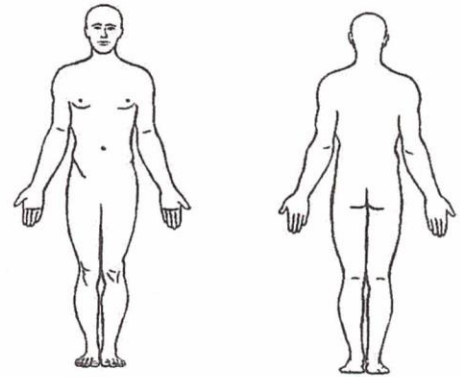
Nobre Del Paciente: _____

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)

Cardiovascular	Antes	Ahora	No	Respiratorio	Ant	Ahora	No	Alérgico/Inmunológica	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								Oído, nariz y garganta			No
Dolor de mandibula				Ojos			No		Ant	Ahora	
Latidos irregulares					Ant	Ahora		Dificultad para tragar			
Piernas hinchadas				Glaucoma				Mareo			
				Visión doble				Pérdida de la audición			
Genitourinario			No	Visión borrosa				Dolor de garganta			
	Antes	Ahora						Hemorragias nasales			
Enfer. del riñón				Psiquiátrico			No	Sangrado de las encías			
Ardor al orinar					Ant	Ahora		Infecciones sinusales			
Urinación Frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				Gastrointestinal			No
Cálculos renales				Estrés					Ant	Ahora	
Dolor lateral inferior								Problemas de vesícula			
				Endocrino			No	Problemas intestinales			
Neurológica			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				Hematológica			No				
Nervios pinzados					Ant	Ahora		Musculoskeletal			No
Parkinsonismo				Hepatitis					Ant	Ahora	
Síndrome del túnel carpiano				Coágulos de sangre				Gota			
Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Moretones				Rigidez de coyunturas			
Constitucional			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 consideré 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)**

FALLS CHIROPRACTIC AND INJURY

POLIZA PARA PACIENTES SIN SEGURO

Para aquellos pacientes que no tienen seguro medico, cobertura de quiropráctica, o han elegido no usar su seguro para los servicios quiroprácticos en nuestra oficina:

El pago por el tratamiento se recolecta en el momento que se le ha dado el servicio. Ofrecemos un 30 por ciento de descuento por todos los servicios dados ese mismo día.

Las ventajas y desventajas de tener cobertura quiropráctica con su seguro de salud y elegir no usarlo son:

Usted no se beneficiará de las tarifas contratadas con su cobertura. Esta cantidad puede ser más o puede ser menos que su tarifa de descuento. Por favor pídale a su seguro de salud un estimado de la cuota que usted tendría que cubrir por servicios de quiropráctica.

No se enviarán reclamos con el diagnóstico, la condición y la frecuencia de tratamiento a su seguro de salud.

Hay límites de tiempo para enviar reclamos y autorizaciones a algunas compañías de seguro y reclamos retroactivos no siempre son una opción.

Algunas pólizas de seguro permiten cierta cantidad al año de visitas al quiropráctico, a terapia física y a terapia ocupacional.

Al firmar este aviso, usted acepta renunciar a las obligaciones de facturación y precios que nos rige el contrato con su seguro médico.

Por favor tenga en cuenta: El cargo de un examen se aplicará si usted ha tenido un incidente nuevo o una lesión nueva o si usted no ha estado en nuestra oficina para un plan de tratamiento continuo. Se le cobrará por un examen de reevaluación cada 12-16 visitas. Usted es considerado un paciente nuevo si no ha estado aquí por 3 años o mas tiempo.

Nosotros requerimos formularios, identificación y tarjetas de seguro actualizados conforme a nuestra discreción para que su archivo médico se conforme a los requisitos del Seguro de Negligencia y al Comité Estatal de Examinadores Quiroprácticos.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____