



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: M F Edad: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ # de Identificación: _____ Estado: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Numero de Telefono Celular: _____ Numero de Telefono de Casa: _____

Dirección de Correo Electronico: _____ Nosotros no compartiremos su información.

Ocupacion/Trabajo: _____ Nombre de su Empleador: _____ Soltero Casado Ninos: _____

¿Como supo de nosotros? Por una referencia: _____ Aseguranza Google Yelp Otro: _____

Quiero ser notificado de citas o informacion de mi salud por medio de Texto Telefono Correo Electronico

¿Podemos enviarle periódico o cupones? Sí No

El Affordable Care Act (ObamaCare) requiere que le preguntemos la siguiente información. Usted puede optar por no contestar estas preguntas.

Etnicidad: Hispano No Hispano Lenguaje preferido (si no es Ingles): _____

Raza: Nativo de Alaska/Nativo Americano Asiatico Negro Islas del Pacifico Blanco

Marque una: nunca he fumado fumado retirado fumo diario fumo solo ocasionalmente fumo demasiado

¿Es alergico a alguna medicina o droga? ninguno _____

Nosotros no compartiremos su información personal con nadie, excepto a su compañía de aseguranza y como es requerido por el Afordable Care (ObamaCare) sin su permiso. Puede también referirse a la documentación de HIPAA para detalles de su póliza de privacidad.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia? Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Doctor de Cuidado Primario: _____ Numero de Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____



HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Alguna vez ha tenido algun problema similar/iguál? No Sí Cuando? _____

Ha visitado a un quiropractico antes? No Sí Donde? _____

Procedimientos que me han hecho: Rayos X MRI Otros Procedimientos _____

Trajo alguna copia de los resultados del procedimiento? Sí No. Los podría proporcionar? Sí No. Podemos pedirlos nosotros? Sí No El resultado de la prueba: _____

Diganos una lista de otros problemas de salud que tienes ahora: Ninguno _____

Lista de medicamentos que está tomando: Ninguno _____

Actualmente esta recibiendo algun otro tratamiento? Ninguno _____

Lista de Alergias. Ninguno _____

Lista de accidentes graves o enfermedades que ha tenido. Ninguna _____

Lista de cirugías. Ninguna _____

Lista de hospitalizaciones en el pasado. Ninguna _____

Denos una lista de enfermedades graves que han ocurrido en su familia (Cáncer, Diabetes, Corazón, etc.)
Ninguna _____

Tiene algún objeto de metal en su cuerpo (Grapas, IUD, clavos, tornillos, etc)? No Sí _____

Denos una lista de drogas recreacionales (Alcohol, café, te, tabaco, marijuana, etc) que usted utiliza: _____

Esta usted embarazada? No Sí Cuantas semanas tiene? _____ Que día dará a luz: _____

Nombre de su ginecologo: _____ Numero de telefono: _____

Si alguna de esta información cambia, por favor notifiquenos inmediatamente.

Firma del paciente o guardian _____ Fecha _____



DIAGRAMA DE DOLOR

Nombre del Paciente: _____ Altura: _____ in. Peso: _____ lbs.

Por favor describa todos los síntomas o dolor en las figuras de abajo usando los siguientes símbolos:

D=Dolor A=Ardor

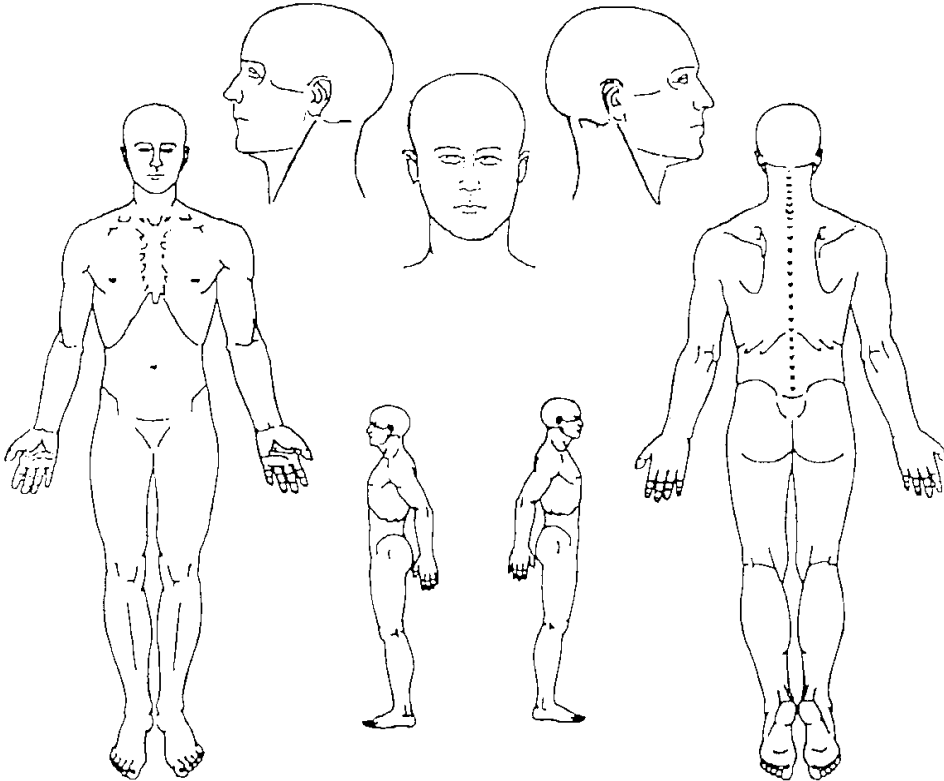
H=Hormigueo

E=Entumecimiento

P= Dolor Punzante

↓= Fulgurante O=Otro

Díganos el nivel de su dolor en una escala del 0 al 10, donde 0 significa nada de dolor y 10 significa un dolor insoportable. Ya sea que no lo indique en la escala que está abajo, o que escriba el número de su nivel de dolor en cada síntoma en las figuras de abajo. Por ejemplo, en el hombro puede escribir D4 para indicar que tiene dolor a un nivel 4/10.



0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Dolor No Dolor Mucho

Desde que comencé este tratamiento me siento mucho mejor un poco mejor igual peor es un nuevo episodio.

Cual es problema mas grande hoy? _____

Cuando comenzó el mas reciente episodio? _____

Los síntomas están presentes 0% -10 - 20 - 30 - 40 - 50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100% del tiempo.

Los síntomas previenen mis actividades diarias 0% -10 - 20 - 30 - 40 - 50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100% del tiempo.

Cómo comenzó? _____

Que lo hace peor? _____

Que lo hace mejor? _____

Puede trabajar? Sí No Con dificultad _____

Ha recibido algún otro tratamiento con respecto a este problema? Le ha ayudado? _____

Ha tenido este problema anteriormente? No Sí _____

_____ Se soluciono? No Sí Cuando? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____



***CITAS PERDIDAS, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO, Y PÓLIZA DE PRIVACIDAD***

Nombre: _____

Póliza de Citas Perdidas:

Nosotros intentamos recordarles a los pacientes de sus citas, pero al final es la responsabilidad de los clientes de recordar sus citas. Nosotros requerimos que cualquier cancelación o cambio de cita se haga con 24 horas de anticipación a dicha cita.

Nosotros cobraremos el cargo de \$30.00 por citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de noticia previa.

Asignación de Beneficios:

Como cortesía, nuestra oficina va a hacer el reclamo a su aseguranza. La información completa de su compañía de aseguranza primaria y secundaria cobertura debe de ser proveída, incluyendo la forma de remisión de otros proveedores y toda identificación y tarjetas/documentos de beneficios para la exactitud de los reclamos. Nuestra oficina llamara a su proveedor de aseguranza para verificar su cobertura, pero esto no garantiza cobertura por o pago por servicios. Los co-pagos se tienen que cubrir al tiempo de darle el servicio. Deducibles y cobros a la aseguranza aplicados al reclamo serán pagados por el paciente. Por favor lea y firme abajo:

Yo entiendo y estoy de acuerdo que las pólizas de la aseguranza de salud y las pólizas de aseguranza de accidentes están de acuerdo entre mi aseguradora y yo. Además, yo entiendo que Austin Kinesiology and Chiropractic va a preparar las formas necesarias para ayudarme a recolectar de mi aseguranza. Sin embargo, claramente entiendo que el pago por todos los servicios prestados hacia mi son mi responsabilidad. El pago se debe en su totalidad, independientemente del resultado de cualquier litigio o acuerdo relacionado con mis reclamos. Tambien entiendo que si decido terminar o suspender cuidado o tratamiento, cualquier cobro por los servicios profesionales sera pagado inmediatamente. Yo soy responsable de saber que y cuales, cobertura/beneficios de aseguranza tengo. Por medio de la presente asigno todos los beneficios de salud y pagos de aseguranzas a los cuales tengo derecho a Austin Kinesiology and Chiropractic. Esta asignación seguirá en vigencia hasta que yo lo revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación sera considerada valida como si fuera la original.

Formulario de Consetimiento:

Mientras que los riesgos asociados con terapia quiropractica y terapia física son pequenos, existen y yo voy a discutir estos sintomas con mi doctor. Los riesgos asociados a esto pudieran ser, pero no estan limitados a lesiones de torceduras/tension, dolor, incomodidad, derrame cerebral, reaccion alergica y dolor de cabeza. Si yo tengo alguna condicion médica que incrementa el riesgo del tratamiento, yo le infomare al doctor. Tambien reconozco que el tratamiento quiropractico y terapia física puede incluir el tocar mi cuerpo por el doctor o otro miembro profesional del personal de esta clínica y entiendo que pueda ser requerido que me quite parte o toda mi ropa (se proveera una bata) para facilitar el cuidado médico para el cual, yo expreso consentimiento. Reconozco que he tenido la oportunidad y que en el futuro le preguntaré a mi doctor de los riesgos potenciales envueltos con cualquier aspecto de mi tratamiento. Tambien yo sere honesto en dar observaciones y comentarios de los resultados en cada tratamiento y terapia que recibo.

Privacidad del Paciente:

Como es requerido por la ley federal y estatal, Austin Kinesiology and Chiropractic ha hecho disponible, por escrito, la póliza de la clínica con respecto a la proteccion de información privada y registros de salud. Esta póliza escrita se publica publicamente en la oficina y una copia esta disponible para mi para que yo pueda guardar en mis archivos. Yo puedo pedir una copia de esta póliza en cualquier momento y yo puedo revocar por escrito ciertos permisos contenidos en esta póliza.

Firma del paciente o guardian

Fecha