



INFORMACION PERSONAL / APLICACION PARA TRATAMIENTO

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Numero de seguro social: _____

Número de hijos/as: _____ Edades: _____

Contacto de emergencia: _____ Celular: _____

Relación al paciente: _____

Nombre de padres o esposa/o: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ocupación: _____ Horas de trabajo: _____

Descripción del trabajo: (de pie? sentado? levantar objetos pesados? Trabajo de computadora?) _____

Alguna vez has tenido un accidente de auto o de otra clase? Si _____ No _____

Año pasado _____ hace 5 años _____ mas de 5 años _____

Describe el accidente/ trauma: _____

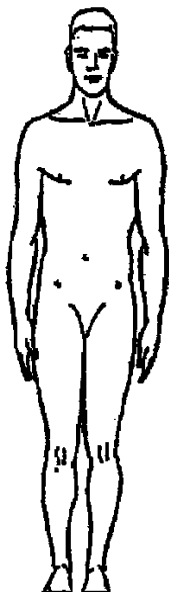
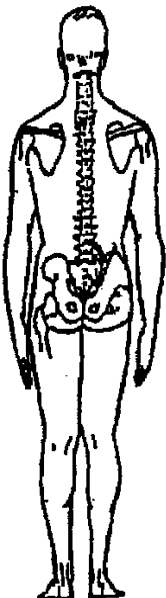
Estas tomando medicamentos: Si _____ No _____ Anote los medicamentos: _____

Algún efecto secundario de las medicinas: _____

Tienes alguna alergias? _____

Ha tenido cirugías? (cuando?) _____

Todavía está afectado luego de su cirugía? _____



Quejas, condiciones y problemas actuales

(Por favor incluya todas las condiciones y márcalas en el diagrama)

¿Cuánta molestia tiene?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 siendo el peor dolor que haya sentido)

Por favor marque la casilla apropiada para cualquiera de los siguientes síntomas que ahora tiene o ha tenido anteriormente. Queremos que todos los hechos acerca de su salud antes de aceptar su caso. ÉSTE ES UN INFORME CONFIDENCIAL DE SALUD

GENERAL

- Alergia
- Escalofríos
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Perdida de sueño
- Perdida de peso
- Nerviosismo/depresión
- Neuralgia
- Adormecimiento
- Suda mucho
- Tremors

MUSCLE & JOINT

- Artritis
- Bursitis
- problemas del pie
- Herniaciones
- Dolor de espalda baja
- Lumbago
- Dolor de cuello o rigidez
- Dolor entre los hombros
- Hombros
- Brazos
- Codos
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Rodillas
- Pies
- Dolor en la cola
- Mala postura
- Ciática
- Curvatura de la columna
- Articulaciones inflamadas

GASTRO-INTESTINAL

- Eructos o gases
- Colitis
- Problemas de Colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Digestión difícil
- Distensión del abdomen
- Hambre excesiva
- Problemas de vesícula
- Hemorroides
- lombrices intestinales
- Problemas de hígado
- Náuseas
- Dolor de estómago
- Falta de apetito
- Vómitos
- Vómitos con sangre

OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Asma
- Resfriados
- Sordera
- Dolor de oído
- Secreción del oído
- Ruidos de oído
- Glándulas inflamadas
- Tiroides agrandada
- Dolor en el ojo
- Falla en visión
- Problemas de encías
- Fiebre del heno
- Ronquera
- Obstrucción Nasal
- Sangrado nasal
- Infección nasal
- Dolor de garganta
- Amígdalas inflamadas

CARDIO-VASCULAR

- Endurecimiento de las arterias
- Hipertensión
- Presión arterial baja
- Dolor de corazón
- Mala circulación
- Latido del corazón rápido
- Latido del corazón lento
- Hinchazón de los tobillos

RESPIRATORIO

- Dolor de pecho
- Tos crónica
- Dificultad para respirar
- Escupiendo sangre
- Escupiendo flema
- Silbidos al respirar

Piel

- Hierva
- Moretones
- sequedad
- Alergia
- Picazón
- Erupciones en la piel
- Venas varicosas

GENITO-URINARIO

- Moja la cama
- Sangre en orina
- Orina frecuentemente
- Infección del riñón o piedras
- Dolor al orinar
- Problemas de próstata
- Pus en orina

Solo para Mujeres

- Congestionamiento de senos
- Calambres o dolor de espalda
- Flujo menstrual excesivo
- Oleadas de calor

- Ciclo Irregular
- Síntomas de la menopausia
- Menstruación dolorosa
- Flujo Vaginal

SI No está usted embarazada?

Declaración de Objetivos Clínicos

Cuando un paciente necesita de cuidado quiropráctico y nosotros aceptamos al paciente, es esencial que los dos trabajemos para el mismo objetivo. Es muy importante que cada paciente entienda los objetivos y métodos que se utilizan para alcanzar dichos objetivos. Esto previene confusión y desilusión. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado de las condiciones y recomendaciones de su cuidado quiropráctico para que usted pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento quiropráctico luego de ser advertido de los beneficios, alternativas y riesgos conocidos. La quiropráctica es la ciencia, filosofía, y arte que se preocupa en la relación entre la estructura de su columna y la salud de su sistema nervioso. Como quiropráctico, entiendo que la salud es un estado óptimo físico, mental, y social mas no la ausencia de enfermedad, debilidad o síntomas. Una interrupción en el sistema nervioso es llamada una subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más vértebras en la columna vertebral se desalinean o se mueven inapropiadamente. Esto causa función inadecuada e interferencia al sistema neurológico. Esto puede resultar en dolor disfunción o puede ser asintomático. Las subluxaciones pueden ser corregidas y/o reducidas por un quiropráctico. Un ajuste quiropráctico es una aplicación específica de fuerza para corregir o reducir subluxaciones vertebrales. Nuestro método de corregir subluxaciones es con ajustes específicos hacia la columna. Los ajustes son hechos a mano donde el doctor pondrá fuerza en segmentos específicos de su columna para ajustarla a una mejor posición. Si al principio o durante el curso de su tratamiento nosotros encontramos algo inusual o no quiropráctico, le avisamos y recomendamos exámenes adicionales o referimos su caso a otro proveedor de salud. La quiropráctica ha sido probada ser muy efectiva y segura. No es inusual estar con molestias musculares al comenzar el tratamiento. Aunque no es común, es posible sufrir de efectos secundarios como: espasmos musculares, fracturas en las costillas, dolores de cabeza, y/o mareos. Todas las preguntas del objetivo de mi caso en particular en esta oficina han sido contestadas para mi satisfacción. Los beneficios, riesgos, y alternativas sobre la quiropráctica han sido explicados para mi satisfacción. He leído y entendido completamente lo explicado previamente y acepto cuidado quiropráctico bajo estas premisas.

Nombre

Firma

Fecha

Permiso de embarazo

Esto certifica que para mi noción no estoy embarazada y el doctor mencionado arriba y sus asociados tienen mi permiso de tomar radiografías pueden ser peligrosas para un niño/a sin nacer.

Día del último ciclo menstrual: _____

Nombre

Firma

Fecha

Consentido para evaluar y ajustar a un menor de edad

Yo, _____ siendo el padre o guardián legal de _____ he leído y entendido completamente el consentimiento de información y le doy permiso a el doctor de atender y ajustar a mi hijo/a.

Nombre

Firma

Fecha

Release of Medical Records:

I give my permission for Dr. Colon to request medical information for other medical facilities that may help the doctor to accurately assess and treat my current information.

Nombre

Firma

Fecha

POLIZA FINANCIERA DE NUESTRA CLINICA

CASH

1. Todos los pacientes están en una base de efectivo hasta su respectiva cobertura y deducible puede ser verificado por nuestro personal.
2. Esta oficina puede hacer arreglos de pago de forma individual. Cualquier plan o acuerdo se discutirá durante su informe de conclusiones.

SEGURO MEDICO

Si usted tiene seguro, con mucho gusto aceptamos asignación con las siguientes excepciones y regulaciones siempre que contamos con la certificación previa de su compañía de seguros

Aceptamos asignación para el plan de tratamiento inicial solamente. Cualquier visita de seguimiento se pagará cuando se prestan los servicios. Una vez que ha terminado el cuidado agudo y puesto en mantenimiento, usted será responsable por el pago completo de cada visita.

Aceptamos la cesión como una cortesía a usted; usted es responsable de su cuenta de toda su compañía de seguros no debe pagar cualquiera de los cargos previstos por cualquier razón. No somos un mediador entre usted y su compañía de seguros y no entrará en cualquier disputa con el mismo, ya que su contrato es entre usted y su compañía de seguros.

Siempre que reciba cualquier hoja de trabajo de su compañía de seguros o la explicación de beneficios, por favor poner esta información en esta oficina tan pronto como sea posible. Debemos tener una copia de este para determinar si se ha efectuado el pago apropiado. Si usted debe recibir un cheque de su compañía de seguros durante la facturación, usted debe traer a la oficina a la recepción. Si existe cualquier pago excesivo facturación después de todo seguro se ha hecho, le emitiremos un cheque de pago en exceso, no vendrá de su compañía de seguros. Los pagos seguros, independientemente de que la compañía emite un cheque en primer lugar, se aplican a su cuenta como merece cualquier saldo.

Los servicios no cubiertos o reducciones de la cobertura de su seguro será la responsabilidad del paciente.

Esta oficina se vuelva a enviar una reclamación una vez. No entraremos en cualquier disputa con su compañía de seguros. Si se presentan problemas de cobertura, se espera ayudar a directamente en el trato con su compañía de seguros, ajustador o agente. Las reclamaciones denegadas o disputadas se considerarán como servicios al descubierto y se espera que pagar dichos cargos en forma oportuna.

Si el paciente es referido a otro especialista o discontinúa la atención por cualquier motivo que no sea descarga por el médico, el proyecto de ley es debido y pago en su totalidad espera que inmediatamente independientemente de cualquier reclamación presentada.

Si usted tiene preguntas acerca de este o cualquier otro asunto, favor de hablar con la recepcionista o nuestro Departamento de seguros antes de ver al Doctor.

He leído y entiendo la póliza financiera de la clínica y acepto estos términos.

Firma

Fecha