

REGISTRO de salud para adultos

SOBRE ti

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

TELÉFONO principal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

FECHA de nacimiento: _____ Género: _____

ESTADO civil: _____

EMPLEADOR: _____

CONTACTO de emergencia

NOMBRE y número de teléfono: _____

HÁBITOS de salud

¿FUMAS? Sí No

¿BEBE ALCOHOL? Sí No

¿BEBE café, té o SODA? Sí No

¿HACE ejercicio regularmente? Sí No

¿Usas:

- ELEVADORES de talón Único Ascensores SUELAS interiores
 SOPORTES del arco

MEDICAMENTOS que usted toma

MEDICAMENTOS para el colesterol Insulina

Estimulantes Analgésicos

Tranquilizantes PRESIÓN sanguínea

RELAJANTES MUSCULARES Otros

SUPLEMENTOS que usted toma

ÁCIDOS grasos esenciales Probiótico

Multivitamínico OTROS

QUE: _____ OTROS

CALCIO/magnesio OTROS

VITAMINA C

EXPERIENCIA quiropráctica

¿Quién te reMITIÓ a nuestra oficina?

¿Ha sido visto por un quiropráctico antes?

Sí No

EN caso AFIRMATIVO, ¿cuál fue la razón de las visitas?

NOMBRE del médico: _____

FECHA APROXIMADA de la última visita: _____

¿ALGÚN miembro de su familia ha visto alguna vez un quiropráctico?

Sí No

MOTIVO de esta visita

DESCRIBA la razón de esta visita:

DESCRIBIR brevemente, incluyendo el impacto que ha tenido en su vida.

Bienestar Deportes Automático LESIONES en el hogar
 Trabajo

MALESTAR crónico Otros

POR favor explique:

¿Cuándo comenzó esta preocupación?

TIENE esta preocupación:

Empeorado CONSTANTE PERMANECIDO Venir E irES

¿Esta preocupación interFIERE Con:

Trabajo Dormir RUTINA diaria OTRAS actividades

POR favor explique:

¿HA ocurrido antes esta preocupación? Sí No

POR favor explique:

¿HA visto a otros doctores por esta preocupación? Sí No

NOMBRE del DOCTOR: _____

TIPO de TRATAMIENTO: _____

Resultados: Buena Malo Indiferente

REGISTRO de salud para adultos

AUTHORICATION para el cuidado

Por la presente autorizo al doctor a trabajar con mi condición a través del uso de ajustes a mi espina dorsal, como él o ella lo considere apropiado. Entiendo claramente y entiendo todos los servicios prestados a me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. Estoy de acuerdo en que soy responsable de todas las facturas incurridas en esta oficina. El médico no será responsable de ninguna condición médicamente diagnosticada preexistente ni de ningún diagnóstico médico. También entiendo que si suspendo o cancelo mi cuidado, cualquier honorario por los servicios profesionales que me ha prestado será inmediatamente vencido y pagadero.

Por la presente autorizo la asignación de mis derechos y beneficios de seguro (si aplica) directamente al proveedor para los servicios prestados. Entiendo y estoy de acuerdo que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo una compañía de seguros y el paciente. Entiendo que el consultorio del doctor preparará los reportes y formularios necesarios para ayudarme en la recolección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagada directamente a la oficina del doctor será abonada a mi cuenta en el recibo.

Propiedad de las películas de rayos X: Se entiende y se acuerda que los pagos al doctor para las radiografías están para el examen de radiografías solamente. El negativo de rayos X seguirá siendo propiedad de la oficina. Se guardan en el archivo donde pueden ser vistos en cualquier momento mientras que soy un paciente en esta oficina.

INICIAL si se lee arriba _____

TÉRMINOS de aceptación

Cuando un paciente busca atención quiropráctica y aceptamos a tal paciente para su cuidado, es esencial que ambos trabajen hacia el mismo objetivo. La quiropráctica sólo tiene un objetivo. Es sólo cuando el paciente entiende tanto el objetivo como el método que podrán alcanzar. Esto prevendrá cualquier confusión o decepción.

Un Ajuste es la aplicación específica de las fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos a la columna vertebral. Salud es un estado de óptimo físico, mental y social, así es, no sólo la ausencia de la enfermedad. Subluxación vertebral es una desalineación de una o más de las articulaciones del cuerpo. Esto puede causar dolor o alteración de la función nerviosa e interferencia de la transmisión de impulsos nerviosos, disminuyendo la capacidad innata del cuerpo para mantener la máxima salud.

No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad o afección que no sea la subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de un s quiropráctico evaluación Pinal, nos encontramos con no quiroprácticos o hallazgos inusuales, le asesoraremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendamos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especializa en esa área. Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre el tratamiento prescrito por otros. NUESTRO único objetivo de la práctica es eliminar una interferencia importante a la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste específico para corregir la subluxación vertebral.

He leído y entiendo completamente la declaración anterior. Cualquier pregunta con respecto a los objetivos del doctor referente a mi cuidado en esta oficina se ha contestado a mi satisfacción completa. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

INICIAL si se lee arriba _____

Aviso de política de privacidad

Proteger la privacidad de su información personal de salud es importante para nosotros. La divulgación de su información de salud protegida sin autorización se limita estrictamente a situaciones definidas que incluyen atención de emergencia, actividades de aseguramiento de la calidad, salud pública, investigación y actividades de aplicación de la ley. Cualquier otra divulgación a los efectos del tratamiento, el pago o las operaciones de práctica se realizará sólo después de obtener su consentimiento.

- Usted puede solicitar restricciones en sus divulgaciones.
- Usted puede inspeccionar y recibir copias de sus expedientes en un plazo de 30 días con una solicitud.
- Usted puede solicitar ver cambios en sus registros.
- En el futuro, podemos contactar con usted para recordatorios de citas, anuncios y para informarle acerca de nuestra práctica y su personal.

Entiendo que, bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento con múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de los pagadores de terceros.
- Realizar operaciones normales de salud como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He leído y entiendo su aviso de prácticas de privacidad. Se puede solicitar una descripción más completa. También entiendo que puedo solicitar, por escrito, que usted restrinja cómo mi información personal es usada o divulgada.

NOMBRE del paciente (por favor imprima): _____ RELACIÓN con el paciente: _____

FIRMA: _____

Fecha: _____

REGISTRO de salud para adultos

SÓLO mujeres

¿Estás embarazada? Sí No Seguro

Si es así, ¿Cuándo es su fecha de vencimiento?

¿Estás AMAMANTAndo? Sí No

¿Estás tomando CONTROL de la NATALidad? Sí No

Y tú:

¿EXPERIMENTA períodos DOLOROSOs? Sí No

¿TIENE ciclos IRREGULARes? Sí No

METAS para su cuidado

La gente ve quiroprácticos por una variedad de razones. Algunos van para aliviar el dolor, algunos para corregir la causa del dolor y otros para la corrección de lo que está funcionando mal en su cuerpo. Su médico sopesará sus necesidades y deseos cuando recomiende su programa de cuidado. Por favor, compruebe el tipo de cuidado deseado para que podamos ser guiados por sus deseos siempre que sea posible.

Cuidado de la relevación: Alivio sintomático del dolor o malestar.

Cuidado correctivo: Corregir y aliviar la causa del problema, así como los síntomas.

Atención integral: Traiga lo que esté funcionando mal en el cuerpo al estado más alto de la salud posible con cuidado quiropráctico.

¿Sabías que...

LOS doctores de la quiropráctica trabajan con el sistema nervioso Sí No

¿EL sistema nervioso controla todas las funciones y sistemas CORPORALes? Sí No

¿LA quiropráctica es la profesión HEALNG NATURAL más grande del mundo? Sí No

SUS preocupaciones: Por favor, rodee cualquier preocupación en el diagrama de abajo.

The diagram shows a human spine with labels for vertebrae: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, L1, L2, L3, L4, L5, S, A, C, R, A.

Left side concerns:

- Dolor de garganta
- Rigidez en el cuello
- Irradiación del dolor del brazo
- Mano, entumecimiento del dedo
- Asma
- Alergias

Right side concerns:

- Jaquecas
- Migrañas
- Mareos
- Problemas sinusales
- Alergias
- Fatiga
- Resfriados de cabeza
- Problemas de visión

Lower back concerns:

- Dolor de espalda medio
- Congestión
- Dificultad para respirar
- Bronquitis
- Neumonía
- Afecciones de la vesícula biliar
- Problemas estomacales

Bottom concerns:

- Estreñimiento
- Colitis
- Diarrea
- Dolor de gas
- Intestino irritable
- Problemas vesicales
- Problemas menstruales
- Dolor lumbar
- Dolor o entumecimiento en las piernas

Otros:
