

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Numero de telefono (cell): _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Actividades de Trabajo: ☐ Sentado ☐ En Pie ☐ Trabajo Ligero ☐ Trabajo Pesado

Compañía de Seguros de Salud: _____

¿Esta condición se debió a una colisión de automóvil? ☐ Sí ☐ No

¿Quién es su médico de familia? _____

Motivo de Consult: _____

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? _____

¿Esta afección está empeorando progresivamente? ☐ Sí ☐ No

Gravedad de su dolor en una escala de ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo (check one)

Tipo de dolor (marque una opción): ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Pulsante ☐ Entumecimiento ☐ Dolor

☐ Punzante ☐ Ardor ☐ Hormigueo ☐ Calambres ☐ Rigidez ☐ Hinchazón ☐ Otro _____

¿Interfiere con su (marque una opción): ☐ Trabajo ☐ Sueño ☐ Rutina diaria ☐ Recreación

Actividades o movimientos que resultan dolorosos de realizar:

☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Agacharse ☐ Acostarse

¿Con qué frecuencia siente dolor? _____

¿Su dolor es constante o aparece y desaparece? _____

OFFICE USE ONLY

Última Fecha de Servicio _____ HT _____ WT _____ BP _____

Radiografía/Resonancia Magnética Prev: _____

Intensidad del Dolo: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Constante ☐ Intermittente or Ocasional

Historia De Salud (antes del accidente)

Fecha de su ultimo:Examen fisico: _____ Radiografias de la columna: _____ Puebra de sangre: _____

Examen de la columna: _____ Radiografia de pecho: _____ Examen de orina: _____

Radiografia Dentales: _____ MRI, CT-Scan, Escaneo de hueso: _____

Marque si TIENE o ha TENIDO lo siguiente:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ SIDA/HIV | ☐ Varicela | ☐ Enfermedad de Riñón | ☐ Atencion Psiquiatrica |
| ☐ Alcoholismo | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad de Hígado | ☐ Reuma Articular |
| ☐ Vacunas contra la alergia | ☐ Enfisema | ☐ Enfermedad de Corazón | ☐ Fiebre Reumatica |
| ☐ Anemia | ☐ Epilepsia | ☐ Dolores de Cabeza/Migraña | ☐ STD |
| ☐ Anorexia | ☐ Fibromialgia | ☐ Aborto Espontáneo | ☐ Derrame Cerebral |
| ☐ Apendicitis | ☐ Glaucoma | ☐ Mononucleosis | ☐ Intentos de suicidio |
| ☐ Artritis | ☐ Coto | ☐ Esclerosis Multiple | ☐ Problemas de Tiroides |
| ☐ Asma | ☐ Gonorrhea | ☐ Paperas | ☐ Amigdalitis |
| ☐ Trastornos Hemorragicos | ☐ Gout | ☐ Osteoporosis | ☐ Fiebre Tifoidea |
| ☐ Bultos en los senos | ☐ Lupus | ☐ Osteopenia | ☐ Ulcers |
| ☐ Bronquitis | ☐ Hepatitis | ☐ Marcapasos | ☐ Infecciones Vaginales |
| ☐ Bulimia | ☐ Hernia | ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Tos Ferina |
| ☐ Cancer | ☐ Hernia de Disco | ☐ Pneumonia | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Cataratas | ☐ Presion Alta | ☐ Polio | _____ |
| ☐ Dependencia quimica | ☐ Cholesterol Alta | ☐ Prosthesis | _____ |

Estas Embarazada? ☐ Si ☐ No Fecha de Parto: _____

Ejercicio: ☐ Ninguno ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Pesado

Actividades de Trabajo: ☐ Sentado ☐ En Pie ☐ Trabajo Ligero ☐ Trabajo Pesado

Habitos: ☐ Fumar: Paquetes al Dia: _____ ☐ Tomar alcohol: Bebidas a la semana: _____

☐ Café/Cafeina: Copas al Dia: _____

☐ Razon de alto nivel de estres: _____

LESIONES ANTERIORES:

Caídas: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Lesiones en la cabeza / conmoción cerebral: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Huesos rotos: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Dislocaciones: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Lesiones automovilísticas / lesiones laborales: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Cirugías previas de cuello / espalda: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

Otras cirugías: ☐ Sí ☐ No When: _____

Describir: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Al paciente: Lea este documento en su totalidad antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no le quede claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico:

El tratamiento principal que utilizan los médicos quiroprácticos es la terapia manipulativa espinal. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera que mueva sus articulaciones. Eso puede causar un "pop" o "clic" audible, muy parecido al que ha experimentado cuando "cruje" sus nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis/Examen/Tratamiento:

Como parte del análisis, examen y tratamiento, usted acepta los siguientes procedimientos:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Terapia manipulativa espinal | ☐ Palpación | ☐ Signos vitales |
| ☐ pPueba de rango de movimiento | ☐ Prueba ortopédica | ☐ Prueba neurológica básica |
| ☐ Prueba de fuerza muscular | ☐ Prueba de análisis postural | ☐ Ultrasonido |
| ☐ Terapia de frío/calor | ☐ EMS | ☐ Estudios radiográficos |
| ☐ Otros: hielo mineral, tracción, masajes, ejercicios terapéuticos, instrucciones ergonómicas y de estilo de vida, suplementos nutricionales y recomendaciones dietéticas | | |

El paciente debe poner sus iniciales en cada procedimiento al que esté dando su consentimiento.

El riesgo inherente al ajuste quiropráctico:

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras : fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensiones musculares, mielopatía cervical, distensiones y separaciones costovertebrales y quemaduras. En algunos casos, la manipulación del cuello se ha asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar las contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llegaría a la atención del médico, es su responsabilidad informarle.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos:

Las fracturas son casos poco frecuentes y generalmente son consecuencia de alguna debilidad subyacente del hueso, que comprobamos durante la toma de su historia clínica y durante el examen y la radiografía. El accidente cerebrovascular y/o la disección arterial causados por la manipulación quiropráctica del cuello han sido objeto de constantes investigaciones y debates médicos. Las investigaciones más actuales sobre el tema no son concluyentes en cuanto a un incidente específico de esta complicación. Si existe una relación causal, es extremadamente rara y remota. Lamentablemente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que corren el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular arterial.

La capacidad y la naturaleza de otras opciones de tratamiento:

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir:

- Analgésicos de venta libre autoadministrados y reposo
- Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Hospitalización
- Cirugía

Si decide utilizar una de las opciones de “otros tratamientos” mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlos con su médico de cabecera.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento:

Si no se trata, pueden formarse adherencias y reducirse la movilidad, lo que puede desencadenar una reacción dolorosa que reduzca aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos eficaz cuanto más se posponga.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (MENOR DE EDAD)

Por la presente solicito y autorizo a Anthem Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y brindar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a mi hijo/hija menor de edad: _____. Esta autorización se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal del consultorio y tiene como objetivo incluir un examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. (Si corresponde) Según los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de mi cónyuge/ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención se revoca o modifica de alguna manera, notificaré de inmediato a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR. MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

He leído ☐ o me han leído ☐ la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he comentado con Anthem Chiropractic y he obtenido respuestas a mis preguntas de forma satisfactoria. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos que implica someterse al tratamiento y he decidido que lo mejor para mí es someterme al tratamiento recomendado. Tras haber sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para dicho tratamiento.

Fecha _____

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Nombre del médico _____

Firma del paciente /padre o tutor

Firma del médico

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de cumpleaños: _____ **Número de seguridad social:** _____

Autorizo a cualquier médico, dentista, quiropráctico, hospital, farmacéutico, profesional médico, cuidado de la salud proveedor, compañía de seguros, proveedor de compensación para trabajadores o empleador para divulgar toda la información sobre la atención médica pasada y presente, antecedentes, condición física y lesiones, incluidas las detalladas declaraciones a Anthem Chiropractic.

Acepto que esta autorización seguirá siendo válida hasta un año después de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por entrega de notificación por escrito a Anthem Chiropractic.

Por la presente designo a la empresa mencionada anteriormente y a su personal de reclamaciones como mi representante designado, de conformidad con NCGS Sec 90-411 con el fin de obtener copias de mis registros médicos, la producción de los cuales se autoriza en este documento. Es mi intención específicamente que esta designación proporcione a la empresa mencionado anteriormente el beneficio de las tarifas máximas establecidas en NCGS Sec 90.41.

Entiendo que yo (o mi representante) tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de este formulario puede aceptarse como original.

Yo (o el paciente mencionado anteriormente) he recibido tratamiento de atención médica de los siguientes proveedores:

Nombre del proveedor

Teléfono

Nombre del proveedor

Teléfono

Nombre del proveedor

Teléfono

Envíe los registros a:

Anthem Chiropractic
10170 S Eastern Ave., Ste. 110
Henderson, NV 89052
Teléfono: (702) 614-6777
Fax: (702) 614-6778

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha