

Solicitud de Cuidado en Saint Paul Chiropractic

Fecha: _____

HRN: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____-____-____ Edad: _____ Género: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Tiene Seguro?: Si No Teléfono de Trabajo: _____

Número de Seguro Social #: _____ Número de Licencia de Conducir #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre de su Esposo(a) _____ Empleador de su Esposo(a): _____

Número de Hijos y Edades: _____

Nombre y Número del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

HISTORIAL DE MALESTAR

Por favor identifique las condiciones que lo llevaron a esta oficina: Primero: _____

Segundo: _____ Tercero: _____ Cuarto: _____

En una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor y cero es ningún dolor, califique las condiciones anteriores **encerrando en un círculo el número**:

La queja **Principal** es : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La **Segunda** queja es : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La **Tercera** queja es : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La **Cuarta** queja es : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo empezaron los problemas? _____ ¿Cuando es peor el problema? AM PM Mediodía Tarde

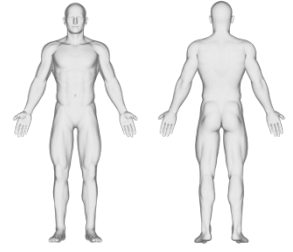
¿Cuanto dura? Es constante Va y viene durante el día Va y viene durante la semana ¿Cómo ocurrió la lesión? ____

¿Alguien ha tratado la dolencia en el pasado? No Si ¿Cuándo?: _____ ¿Por Quién? _____

¿Cuanto tiempo estuviste bajo cuidado? _____ ¿Cuales fueron los resultados? _____

Nombre del quiropráctico anterior: _____ N/A

Solicitud de Cuidado en Saint Paul Chiropractic



***Por favor marque las áreas del diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:**

R = Radiante B = Ardor D = Dolor Sordo A = Dolorido N = Entumecido S = Agudo/Punzante T= Hormigueo

¿Qué alivia sus síntomas? _____

¿Qué los hace sentir peor? _____

LISTA DE ACTIVIDADES RESTRINGIDAS:

NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL:

NIVEL DE ACTIVIDAD HABITUAL:

¿Su problema es el resultado de CUALQUIER tipo de accidente? Si No

Identifique cualquier otra lesión en la columna, menor o mayor, que el médico deba conocer:

HISTORIA PASADA

¿Ha sufrido de algunos de estos problemas similares en el pasado? No Si Si es así, ¿cuántas veces? _____

¿Cuando fue el ultimo episodio? _____ ¿Cómo sucedió la lesión? _____

Otras formas de tratamiento probadas: No Si Si es si, indique qué tipo de tratamiento: _____,

¿Quién lo proporciono? _____ ¿Hace cuanto tiempo? _ ¿Cuáles fueron los resultados? Favorable

No favorable Por favor explique: _____

Identifique cada uno de los tipos de trabajos que haya tenido en pasado que le hayan impuesto algún tipo de estrés físico a usted o a su cuerpo:

Si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones, indíquelo con un **P** para en el pasado, **C** para en el presente, o **N** para nunca:

___ Hueso Roto ___ Dislocaciones ___ Tumores ___ Artritis Reumatoide ___ Fractura ___ Discapacidad_Cáncer
___ Infarto ___ Osteoartritis ___ Diabetes ___ Vascular Cerebral ___ Otras condiciones graves:

Solicitud de Cuidado en Saint Paul Chiropractic

POR FAVOR identifique cualquier condición en el PASADO o PRESENTE que crea que puede estar contribuyendo a su problema(s):

¿HACE CUANTO TIEMPO?	¿TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA?	¿POR QUIÉN?
HERIDAS		
CIRUGIAS		
ENFERMEDADES DE INFANCIA		
ENFERMEDADES DE ADULTO		

HISTORIA SOCIAL

1. Fuma: Cigarros Pipa Cigarrillos Frecuencia: Diario Fines de Semana Ocasionalmente Nunca
2. Bebida Alcohólica: Se consume: Diario Fines de Semana Ocasionalmente Nunca
3. Uso de Drogas Recreativas: Diario Fines de Semana Ocasionalmente Nunca

HISTORIA FAMILIAR:

1. ¿Alguien de su familia padece de las misma condición(es)? No Si
 Si es así, ¿quién?: Abuela Abuelo Madre Padre Hermana(s) Hermano(s) Hijo(s) Hija(s)
 ¿Alguna vez han sido tratados por su condición? No Si No se
2. ¿Cualquier otra condición hereditaria que el médico deba conocer? No Si: _____

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a esta oficina por todos los beneficios que puedan ser pagaderos bajo un plan de salud o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo la utilización de esta solicitud o copias de la misma con el propósito de procesar reclamos y efectuar pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios no me absuelve de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que seguiré siendo financieramente responsable ante esta oficina por cualquier y todos los servicios que recibo en esta oficina.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

____ - ____ - ____
Fecha en que se Completó

Firma del Doctor

____ - ____ - ____
Fecha de Revisión

Nombre del Paciente: _____ HR#: _____ / /

Solicitud de Cuidado en Saint Paul Chiropractic

Actividades de la Vida Diaria / Síntomas / Medicamentos

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____ Expediente #: _____

Actividades diarias: Efectos de sus condiciones en el desempeño de sus actividades diarias

Por favor, identifique cómo su dolencia está afectando su capacidad para realizar actividades que habitualmente forman parte de su vida:

Doblarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Concentrarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Trabajar en la Computadora	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Jardinería	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Jugar Deportes	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Actividades Recreativas	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Palear	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Dormir	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Ver Televisión	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Cargar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Bailar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Vestirse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Levantamiento de Objetos	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Empujar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Rodarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Sentarse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Pararse	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Trabajar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Subirse/Escalar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Hacer Quehaceres	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Conducir	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Realizar Actividad Sexual	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Leer	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Correr	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Sentado a Parado	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar
Caminar	<input type="checkbox"/>	No Efecto	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Pero se puede hacer)	<input type="checkbox"/>	Doloroso (Limitado)	<input type="checkbox"/>	Incapaz de Realizar

Solicitud de Cuidado en Saint Paul Chiropractic

***Por favor marque las siguientes letras para describir sus síntomas:**

P = Pasado C = Corriente/Ahora Mismo N = Nunca

<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Embarazada (Ahora)	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas de Prostata	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Resfriados/Gripe Frecuentes	<input type="checkbox"/> Pérdida del Equilibrio	<input type="checkbox"/> Problemas Digestivos	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula ATM	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Problemas de Colon	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja
<input type="checkbox"/> Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Visión Doble	<input type="checkbox"/> Diarrea/Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior	<input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas de la Menopausia	<input type="checkbox"/> Respiración Dificultosa
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media	<input type="checkbox"/> Dolor con Tos/Estornudo	<input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos	<input type="checkbox"/> Problema Menstrual	<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja	<input type="checkbox"/> Problemas de Pie o Rodilla	<input type="checkbox"/> Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> Síndrome Premenstrual	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñon
<input type="checkbox"/> Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/> Problema de Sinusitis/Drenaje	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Mojar la Cama	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vesícula Biliar
<input type="checkbox"/> Curvatura de la Espalda	<input type="checkbox"/> Articulaciones Hinchadas/Dolorosas	<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado
<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> Cambios de Humor	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado
<input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en Brazos, Manos, Dedos		<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Problemas para Dormir	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)
<input type="checkbox"/> Impotencia/Disfunción Sexual		<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ulceras	

Anote los medicamentos recetados y no recetados que toma: _____

¿Como te enteraste de nosotros?

SÓLO PARA USO DE OFICINA
 He revisado el formulario ADL y ROS anterior con el paciente mencionado anteriormente:

FIRMA DEL DOCTOR FECHA

**Solicitud de Cuidado en
Saint Paul Chiropractic**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EN RELACIÓN CON: Ajustes, modalidades y procedimientos terapéuticos quiroprácticos:

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Mientras los riesgos suelen ser mínimos, en casos raros, complicaciones como desgarramiento/lesiones por tensión, irritación de una condición del disco, y aunque son poco frecuentes, fracturas menores, y posible ataque cerebrovascular, ocurren entre un caso por millón y uno caso por dos millones, se han asociado con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en Saint Paul Chiropractic me han explicado a mi satisfacción y les he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método y o técnicas que el médico considere necesarias para tratar mi afección en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi atención.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Iniciales de Testigo

EN RELACIÓN CON: Rayos X / Estudios de Imagen

SOLO PARA MUJERES: lea atentamente y marque las casillas, incluya la fecha correspondiente, luego firme a continuación si comprende y no tiene más preguntas; de lo contrario, consulte a nuestra recepcionista para obtener más explicaciones.

El primer día de mi último ciclo menstrual fue el ____ / ____ / ____ Fecha

Se me ha proporcionado una explicación completa de cuándo es más probable que quede embarazada y, según mi saber y entender, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación, reconozco que el médico o un miembro del personal ha hablado conmigo sobre el riesgo efectos de la ionización a un feto, y he transmitido mi comprensión de los riesgos asociados con la exposición a los rayos X. Por lo tanto, después de cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para que se realice el examen de rayos X de diagnóstico que el doctor considera necesarios en mi caso.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Iniciales de Testigo

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (AVISO DE HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

Tus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico:

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico u otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su historial médico:

Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales:

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos:

Si paga por un servicio o artículo de atención médica fuera del paquete en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información. Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:

Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad:

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente, le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elija a alguien que actúe en su nombre:

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si cree que se violan sus derechos:

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.