

INFORMACION DEL PACIENTE

1) Nombre del Paciente _____ (Uso Oficina Solamente) _____ / _____ / _____ 3) Número de Reclamación _____

4) Nombre _____ 6) Apellido _____ Teléfono() _____

Dirección _____

7) Edad _____ 8) Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ / _____ / _____ Estado Civil (S C V D) Nombre de la Esposa _____

Nº Seguro Social _____ Ocupación _____ Patrón _____

Tel. Trabajo () _____ Dirección del Trabajo _____

Recomendado por _____ Persona responsable de esta cuenta _____

INFORMACION DE ASEGURANZA: (Grupo _____ Privado _____ Comp/Trab. _____ Automovil _____) Poliza Nº _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____ No. S.S. _____

Nombre de la Aseguradora _____ Grupo Nº _____

Dirección _____

INFORMACION DE ASEGURANZA: (Grupo _____ Privado _____ Comp/Trab. _____ Automovil _____) Poliza Nº _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____ No. S.S. _____

Nombre de la Aseguradora _____ Grupo Nº _____

Dirección _____

INFORMACION DE ASEGURANZA: (Grupo _____ Privado _____ Comp/Trab. _____ Automovil _____) Poliza Nº _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____ No. S.S. _____

Dirección del Trabajo _____

Nombre de la Aseguradora _____ Grupo Nº _____

Dirección _____

INFORMACION DEL ABOGADO

Nombre del Abogado _____ Tel. () _____

Dirección _____

Cual es tu queja mayor _____

9) Esta condición es a causa de: A)Accidente Automovilístico B)Accidente de trabajo C)Otro accidente D)Causa desconocida E)Enfermedad

10) Son los síntomas: A)Mejorando B)Empeorando C)Casi igual D)Intermitente (Va y Viene) Fecha en que los síntomas aparecieron _____

11) Circula cualquier actividad que agrave tu condición: A)Parado B)Caminando C)Sentado D)Acostado E)Agachado F)Levantando G)Torcido H)Tosiendo

12) Ha tenido estos síntomas antes? (S/N) si es así cuando? _____

13) Ha visto a otro doctor por estas condiciones? A)M.D. B)Ciropractico C)Osteopata D)Acupunturista E)Dentista F)Pedicudista

Nombre del Doctor _____ Fecha Consulta _____ / _____ / _____ Diagnóstico _____

Tengo entendido y estoy de acuerdo que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un arreglo entre el agente de seguros y yo. Autorizo el pago de mi aseguranza directo a esta oficina con el entendimiento de que todos los pagos serán acreditados a mi cuenta con recibo. Aunque claramente entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios hacia mi serán cargados directos y soy personalmente responsable de los pagos. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado y tratamiento, y pagos por servicios profesionales serán inmediatamente vencidos y pagaderos. En el caso de un defecto prometo pagar intereses legales en el adeudo junto con dichos costos de colecta y honorarios de abogado que sean requeridos para la colecta.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

EXAMEN DE SINTOMAS

<p>12) SINTOMAS GENERALES: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Nerviosidad B) Irritabilidad C) Cansancio D) Depresión E) Insomnio F) Tensión G) PMS H) Dolor de quijada</p>	<p>18) ESPALDA: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Cantidad de dolor 1) Suave 2) Moderado 3) Severo Tipo de dolor 1) Fuerte/Penetrante 2) Leve/Embotado B) Espasmo muscular 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>
<p>13) CABEZA: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor de cabeza 1) Suave 2) moderado 3) Severo Que tan seguido: (1 2 3 4 5 6) por (Día/Sem./Mes) Son: 1) Fuerte 2) Embotado Son: 1) Constantes 2) Intermitentes Donde: 1) Atras de la cabeza 2) Frente 3) Sienes 4) Derecho 5) Izquierdo 6) Atras de los ojos B) Aturdido C) Perdida de la memoria D) Desmayos E) Visión borrosa F) Visión doble G) Sensible a la luz H) Pérdida de el equilibrio I) Sordera J) Sonidos en el oído</p>	<p>19) PECHO: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor profundo en el pecho 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Cantidad de dolor 1) Suave 2) Moderado 3) Severo B) Dolor en las costillas 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Falta de aire D) Palpitar irregular del corazón</p>
<p>14) CUELLO: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor 1) Lado Izq. 2) Lado Der. 3) Ambos lados Nivel de dolor: 1) Suave 2) Moderado 3) Severo Aumenta el dolor con: 1) Movimiento hacia adelante 2) Movimiento hacia atras 3) Rotando a la der. 4) Rotando a la Izq. 5) Inclinandose der. 6) Inclinandose izq. B) Rigidez C) Espasmo muscular D) Sonidos Asperos/Agudos</p>	<p>20) SINTOMAS ABDOMINALES: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Nervios en el estómago C) Náuseas D) Gas E) Estreñimiento F) Diarrea G) Agruras H) Indigestión I) Perdida del apetito</p>
<p>15) HOMBROS: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor en coyuntura 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Dolor atravez del hombro 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Limitación de movimiento 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos D) Tensión 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>	<p>21) CINTURA: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor de lumbago parte superior 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Dolor de lumbago parte inferior 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Dolor Muscular 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Nivel de dolor en la cintura 1) Suave 2) Moderado 3) Severo</p>
<p>16) BRAZOS: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor en el brazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Dolor en el codo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Dolor en el antebrazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos D) Punzadas en el brazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos E) Punzadas en el antebrazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos F) Entumecimiento en el brazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos G) Entumecimiento en el antebrazo 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>	<p>22) CADERAS Y PIERNAS: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor en sentaderas 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Nivel de dolor 1) Suave 2) Moderado 3) Severo B) Dolor en la coyuntura de la cadera 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Nivel de dolor 1) Suave 2) Moderado 3) Severo C) Dolor en la pierna 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Localización 1) Frente 2) Atras 3) Lado El dolor corre a 1) Rodilla 2) Pantorilla 3) Pie D) Entumecimiento en la pierna 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Localización 1) Frente 2) Atras 3) Lado E) Punzadas en la Pierna 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos Localización 1) Frente 2) Atras 3) Lado F) Dolor en rodillas 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos G) Calambres en la pierna 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>
<p>17) MANOS: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor en la Muñeca 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Dolor en la mano 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Punzadas en la mano 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos D) Entumecimiento en la mano 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>	<p>23) PIES: (Circula todas las que sean aplicables)</p> <p>A) Dolor en tobillos 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos B) Tobillo inflamado 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos C) Dolor en el pie 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos D) Pies entumidos 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos E) Pies inflamados 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos F) Calambres 1) Der. 2) Izq. 3) Ambos</p>

REPORTE DE VEHICULO ACCIDENTADO

Nombre _____

1) Fecha del Accidente _____/_____/_____ 2) Hora del Accidente _____(AM/PM)

3) Era ud.: A) Chofer B) Pasajero(Enfrente) C) Pasajero (Atrás) D) Peaton

4) Tenia puestos los cinturones? (S/N)

5) Tipo de Vehiculo: A) Automovil B) Troca C) Van D) Motocicleta E) Motorhome F) Bicicleta

6) Como ocurrió el accidente: A) Te chocó otro vehiculo B) Chocaste a otro vehiculo C) Chocaste un objeto fijo D) Otros

7) En que parte fué chocado tu vehiculo? A) Enfrente B) Atras C) Lado der. D) Lado izq. E) Enfrente der. F) Enfrente Izq. G) Atras der. H) Atras izq.

8) En que parte fué chocado el otro vehiculo? A) Enfrente B) Atras C) Lado der. D) Lado izq. E) Enfrente der. F) Enfrente Izq.

9) Tu velocidad aproximada _____MPH 10) La velocidad aproximada del otro vehiculo _____MPH

11) Que ocurrió al momento del impacto? (Circula todas las que sean aplicables)

A) Cuerpo tenso por el impacto B) Cuello sacudido de enfrente hacia atras C) Espina dorsal torcida D) Lanzado de tu asiento

E) Lanzado del Vehiculo F) Prensado en el vehiculo G) Lanzado de lado a lado H) Cortado y magullado

12) Te golpeaste tu: (Circula todas las que sean aplicables)

- | | | | | | | | | |
|------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|---------------|---------------|---------------------|----------------------|
| A) Cabeza | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| B) Hombro (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| C) Brazo (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| D) Codo (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| E) Muñeca (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| F) Cadera (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| G) Rodilla (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |
| H) Tobillo (Der./Izq.) | Contra: | 1)Tablero | 2)Ventana | 3)Volante | 4)Puerta Der. | 5)Puerta Izq. | 6)Marco del asiento | 7)Objeto desconocido |

13) Quedaste Inconsciente? (S/N) 14) Recibiste atención médica en el accidente? (S/N)

15) A donde fuiste inmediatamente después del accidente? A) Hospital B) Casa C) Doctor Personal D) A esta oficina E) Resumir actividades

16) Estabas: (Circula todas las que sean aplicables) A) Temblando B) Desorientado

Tenias problemas fisicos antes del accidente? (S/N) si es "SI" por favor describe: _____

En tus propias palabras, por favor describe el accidente: _____

Como te sentiste inmediatamente después del accidente? _____

Información Paciente Confidencial

Nombre _____ Teléfono _____ Tel. Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha Nacimiento _____ Estado Civil S C V D Edad _____

No. Seguro Social _____ E-mail _____

Ocupación _____ Patron _____

Dirección del trabajo _____

El Nombre de esposo _____ # Niños _____

Quién lo refirió a nuestra oficina _____

¿Ha tenido usted Quiropráctico antes? Si No Fecha _____

Esta condición es a causa de : Accidente de Trabajo Accidente de auto

Fecha: _____ Location: _____

Nombre del Aseguradora _____ Teléfono _____

Nombre de la Asegurado _____ Teléfono _____

Poliza # _____ Relación con el Paciente _____

Tiene Seguro de enfermedad Si No Soc. Sec. # _____

Nombre del Aseguradora primario _____ Teléfono _____

Nombre del Aseguradora secundario _____ Teléfono _____

Todas las Cargas son debidas cuando servicios son rendidos.

Forma de pago () Cheque () dinero efectivo () Tarjeta de crédito () Care Credit

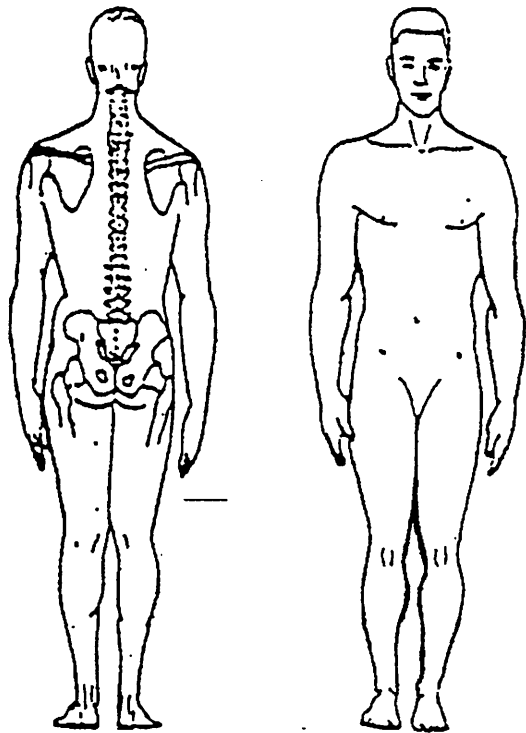
¿Por qué Quiropráctica? Las personas van a Quiroprácticos para una variedad de razones. Algunos van para el alivio sintomático de dolor o molestia (el Cuidado de Alivio). Otros son interesados a tener la causa del problema así como los síntomas corrigieron y aliviaron (el Cuidado Correctivo). Su Médico pesará sus necesidades y los deseos al recomendar su programa de tratamiento.

Autorizo a Lark Family Chiropractic a prestarme los servicios necesarios y soy responsable de todos los cargos incurridos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del guardián: _____ Fecha: _____

**POR FAVOR MARQUE UNA " X" EN EL DIAGRAMA
DONDE ESTÁN SUS PROBLEMAS**



¿Que duele y cuanto tiempo le ha dolido?

Enumere sus principales quejas en orden de gravedad:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Enumere otros quiropracticos o medicos que tenga consultados para estas condiciones.

Por favor indique todos los síntomas que a tenido, incluso si no parecen estar relacionados con su problema actual.

Dolor de cabeza	Entumecimiento
Congestión nasal/ alergias	Náuseas / vómitos frecuentes
Problemas de la vista	Malestar estomacal
Dolor de oído	Constipacion
Mareos	Diarrea
Problemas del corazón	Apetito pobre / excesivo
Problemas pulmonares / congestión	Sed excesiva
Alta presión	Problemas orinando
Hinchazón de tobillos	Orina descolorida
Disfunción prostática / sexual	Diabetes
Irregularidad Menstrual/dolores	Cancer

¿Que espera obtener de la atencion quiropractica? _____

¿Esta embarazada? () Si () No () No estoy segura

Formulario de consentimiento de información de salud del paciente

Nos gustaría informarle de la manera en la que la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos sobre los registros. Antes de comenzar cualquier tratamiento de cuidado de salud, necesitamos que lea y firme este formulario de consentimiento, que indica que usted entiende y acepta las políticas y procedimientos de mantenimiento de su registro y el uso de su información. Si le gustara tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos acerca de la privacidad de su Información de Salud del Paciente, antes de firmar este consentimiento, le recomendamos que lea el AVISO de HIPPA que está disponible para usted, en la recepción. (We would like to inform you on how your Patient Health Information (PHI) is going to be used in this office and your rights concerning those records. Before we begin any health care treatment, we require you to read and sign this consent form, stating that you understand and consent to our policies and procedures on patient record keeping and usage. If you would like to have a more detailed account of our policies and procedures concerning the privacy of your Patient Health Information we encourage you to read the HIPPA NOTICE that is available to you at the front desk before signing this consent.)

1. El paciente entiende y da su consentimiento para que esta oficina quiropráctica utilice la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) para el procedimiento del tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y la coordinación de la atención de la salud. Como un ejemplo, el paciente da su consentimiento para permitir que esta oficina solicite PHI-ISP de compañías de seguros de salud, que nos ha proporcionado el paciente, con el propósito de pago. Sea asegurado que esta oficina limitará la liberación de PHI-ISP a mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago. (The patient understands and consents to allow of this chiropractic office to use your Patient Health Information (PHI) for the purpose of treatment, payment, healthcare operations, and coordination of care. As an example, the patient consents to allow this chiropractic office to submit request PHI to Health Insurance Company (or companies) provided to us by the patient for the purpose of payment. Be assured that this office will limit the release of PHI to the minimum needed for what the insurance companies require for payment.)

2. El paciente tiene el derecho a examinar y obtener una copia de su archivo de salud, en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar revelaciones hechas en su archivo y puede presentar por escrito cualquier otra restricción sobre el uso de su PHI-ISP. Nuestra oficina no está obligado a aceptar las restricciones. (The patient has the right to examine and obtain a copy of his or her own health records at any time and request corrections. The patient may request to know what disclosures have been made and may submit in writing any further restrictions on the use of their PHI. Our office is not obligated to agree to those restrictions.)

3. El consentimiento escrito del paciente solamente es necesario obtenerse una vez para todos los subsiguientes cuidados dado al paciente, en esta oficina. (A patient's written consent need only be obtained one time for all subsequent care given the patient in this office.)

4. El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante la terapia. Esto no afectaría el uso de registros para la atención, antes de la solicitud escrita de revocar el consentimiento, sino que se aplicaría a cualquier atención después de que la solicitud ha sido presentada. (The patient may provide a written request to revoke consent at any time during care. This would not affect the use of those records for the care given prior to the written request to revoke consent but would apply to any care given after the request has been presented.)

5. Para su seguridad y su derecho a la privacidad, todo el personal ha sido entrenada en el área de privacidad de los registros de los pacientes y un oficial de privacidad ha sido designado para aplicar estos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado toda precaución que son conocidos por esta oficina para asumir que sus registros no están disponibles para quienes no los necesitan. (For your security and right to privacy, all staff has been trained in the area of patient record privacy and a privacy official has been designated to enforce those procedures in our office. We have taken all precaution that are known by this office to assume that your records are not readily available to those who do not need them.)

6. Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier violación posible de estas pólizas y procedimientos. (Patients have the right to file a formal complaint with our privacy official about any possible violations of these policies and procedures.)

7. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento, para el tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud; el doctor quiropráctico tiene el derecho a negarse a rendir el tratamiento. (If the patient refuses to sign this consent for the purpose of treatment, payment and health care operations; the chiropractic doctor has the right to refuse to render treatment.)

8. De vez en cuando, les enviamos tarjetas de cumpleaños, correspondencias, utilizamos su nombre en un lista de cumpleaños o utilizamos su nombre en una tabla de referencia, en nuestra oficina. Por su firma a continuación lo que nos han dado permiso para hacerlo. Por poner su firma abajo, usted nos da permiso para hacerlo. (From time to time we may send you birthday cards, correspondences, use your name on a birthday list or use your name on a referral board, in our office. By you placing your signature below, you give us permission to do so.)

He leído y he entendido la susodicha información y estoy de acuerdo con sus términos. (I have read and understood how my Patient Health Information will be used and I agree to these policies and procedures.)

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

Imprima el nombre del paciente: _____