

ALTA CHIROPRACTIC & WELLNESS CENTER INFORMACIÓN PARA NUEVOS PACIENTES
POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE

Nombre legal _____
Dirección _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico (Requerido para accidente) _____
Seguro social o ITIN# (Requerido para accidente) _____ Fecha de nacimiento _____
Edad _____ Género _____ Altura _____ Peso _____ Número de hijos _____
Nombre del cónyuge/pareja/padre (circule uno) _____
Empleador _____ Teléfono _____ Ocupación _____
Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____
¿Cómo se enteró de nuestra oficina? (Por favor proporcione un NOMBRE si era una persona) _____

¿Ha recibido atención quiropráctica antes? _____ Nombre de quiropractor _____ Fecha de la última visita _____

Si tiene algún dolor (dolor de cuello, dolor de espalda, etc.), problemas de salud, síntomas y/o quejas, enumere:

1. _____ ¿Por cuánto tiempo _____?
2. _____ ¿Por cuánto tiempo _____?

¿Tiene un caso de compensación laboral abierto? _____ Si es así, notifique en la recepción.

¿Este problema ha ido empeorando o sigue igual? _____

¿Existe alguna actividad, incidente o evento fuera del trabajo que pueda haber causado estas quejas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico en los últimos 12 meses? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha del accidente? _____

¿Tiene un abogado que lo represente en este accidente automovilístico? _____

En caso afirmativo, ¿quién es su abogado? _____

Si se debe a un accidente, ¿cuál es el nombre de su compañía de seguros de auto? (OBLIGATORIO) _____

¿Ha presentado un reclamo de seguro de automóvil? Sí o No (circule uno) En caso afirmativo, ¿cuál es su número de reclamo?
(Obligatorio si tienes un reclamo de auto) _____

Enumere otros médicos consultados por estas condiciones: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía u hospitalización? _____ En caso afirmativo, indique: _____

Por favor enumere cualquier lesión y enfermedad actual o pasada que no esté mencionada anteriormente: _____

Marque todos los medicamentos (sin receta y/o recetados) que esté tomando actualmente: _____ Aspirina/Tylenol

_____ Medicamentos para el dolor _____ Relajantes musculares _____ Insulina _____ Anticonceptivos _____ Pastillas para dormir

_____ Antidepresivos _____ Otros (enumere a continuación) _____

Nos gustaría saber en qué medida su estado de salud (dolor y/o síntomas que pueda estar experimentando) le impide hacer lo que normalmente haría, o hacerlo tan bien como lo haría normalmente. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, no sólo cuando el dolor es peor.

POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU NIVEL TÍPICO DE ACTIVIDADES.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Completamente capaz de funcionar

Totalmente incapaz de funcionar

1. RESPONSABILIDADES DE LA FAMILIA/HOGAR: Actividades relacionadas con el hogar o la familia, incluidas las tareas y deberes realizados en la casa (trabajar en el jardín, lavar los platos, hacer recados, llevar a los niños a la escuela, etc.) _____

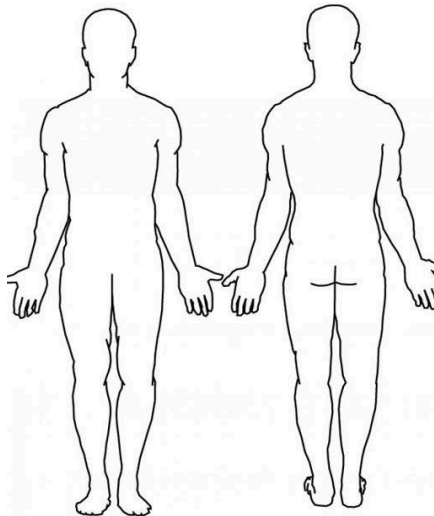
2. ACTIVIDADES DE RECREACIÓN/OCIO: Pasatiempos, deportes, actividades sociales y otras actividades de ocio similares. _____

3. OCUPACIÓN: Actividades que son parte o están directamente relacionadas con el trabajo de una persona, incluidos también los trabajos no remunerados, como el de ama de casa o el trabajo voluntario. _____

4. CUIDADO PERSONAL: Actividades que involucran mantenimiento personal y vida diaria independiente, incluyendo ducharse, conducir, vestirse, etc. _____

5. ACTIVIDAD DE APOYO VITAL: Comportamientos básicos de apoyo vital, como comer, dormir y respirar. Si tiene problemas de salud, marque la ubicación exacta de su dolor en el diagrama a continuación. También describa el tipo y la frecuencia de su dolor. _____

Si tiene algún problema de salud, marque la ubicación exacta de su dolor en el diagrama a continuación.



Consentimiento informado para la atención quiropráctica

Reconozco que la atención quiropráctica puede incluir ajustes de la columna vertebral y/o de las extremidades, movilización articular y procedimientos manuales o asistidos por instrumentos, destinados a mejorar la función y la movilidad de las articulaciones. Dichos procedimientos implican la aplicación de fuerza controlada y pueden provocar movimiento articular y sonidos asociados, lo cual se considera normal.

Entiendo que el tratamiento quiropráctico, incluidos los procedimientos que involucran la columna cervical, conlleva riesgos inherentes comunes a las terapias físicas y manuales. Los efectos más frecuentes incluyen dolor o rigidez temporal. Los riesgos menos comunes pueden incluir distensión muscular o de ligamentos, irritación articular o discal, o afectación nerviosa. Reconozco que se han planteado inquietudes con respecto al tratamiento de la columna cervical y los eventos cerebrovasculares;

sin embargo, la literatura científica actual no ha establecido una relación causal entre los ajustes quiroprácticos cervicales y el accidente cerebrovascular. Dichos eventos se consideran extremadamente raros, y se utilizan procedimientos de evaluación y detección clínica para reducir aún más el riesgo potencial. Sin embargo, ningún proceso de detección puede eliminar todos los riesgos.

Reconozco que rechazar o retrasar el tratamiento puede resultar en la continuación o el empeoramiento de los síntomas, la reducción de la movilidad o la progresión de la afección subyacente.

Entiendo que no se ha ofrecido ninguna garantía ni seguridad con respecto a los resultados de la atención quiropráctica, y que los resultados pueden variar entre las personas.

He leído y comprendo la explicación de la atención quiropráctica proporcionada anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Comprendo la naturaleza de la atención propuesta, sus posibles riesgos y beneficios, y los riesgos de no recibir tratamiento. Entiendo que mi atención puede incluir procedimientos cervicales, torácicos, lumbares y/o de las extremidades, según esté clínicamente indicado. Este consentimiento se aplica a la atención actual y futura, a menos que sea revocado. Entiendo que puedo negarme o retirar mi consentimiento en cualquier momento.

He leído y comprendo la explicación de la atención quiropráctica proporcionada anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Comprendo la naturaleza de la atención propuesta, sus posibles riesgos y beneficios, y los riesgos de no recibir tratamiento. Entiendo que mi atención puede incluir procedimientos cervicales, torácicos, lumbares y/o de las extremidades según lo indicado clínicamente. Este consentimiento se aplica a la atención actual y futura, a menos que se revoque. Entiendo que puedo negarme o retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento voluntario para la atención quiropráctica.

Nombre impreso Fecha

Firma