

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

## INFORMACION CONFIDENCIAL DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ #de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle # de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

# de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Celular Casa

Profesión/Trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Sexo: (M) (H) Estado Civil:(S) (C) (V) (D) Nombre de el/la Cónyuge: \_\_\_\_\_ #de Hijos: \_\_\_\_\_

¿Quién le recomendó esta Clínica? (Dóctor) (Abogado) (Amigo/Familiar) (Sin cita) (Otro \_\_\_\_\_)

¿Encontró nuestra oficina por medio de Internet? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Google) (Facebook) (Yelp) (Otro \_\_\_\_\_)

¿Tuvo Cuidado Quiropráctico anterior? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Terapia de Masaje anterior? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Razón de esta visita a la oficina hoy? Accidente de auto \_\_\_ Lesión en el trabajo \_\_\_ Lesión deportiva \_\_\_ Otro \_\_\_

¿Le podemos mandar un texto para recordarle las siguientes citas? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Nos permite contactarle por e-mail? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Asegurado Nombrado: \_\_\_\_\_

# de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Asegurado Nombrado: \_\_\_\_\_

Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ # de Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# de Reclamo: \_\_\_\_\_

Explique el motivo de su visita hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuando empezaron sus sintomas? \_\_\_\_\_ ¿Visitó a un Doctor por la molestia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Anote Lesiones o Accidentes anteriores: \_\_\_\_\_

Anote cirujias: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Razón? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Lista de Medicamento(s) y Vitamina(s) que esta tomando actualmente: \_\_\_\_\_

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

**SOLO PARA MUJERES:** ¿Es posible que esté embarazada? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_ ¿Ha tendido una histerectomía? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Tiene alguna de estas condiciones medicas u otro problema medico, por favor explique a continuación:

|          |               |          |               |
|----------|---------------|----------|---------------|
| CORAZÓN  | Sí ___ No ___ | RIÑONES  | Sí ___ No ___ |
| VESÍCULA | Sí ___ No ___ | TIROIDE  | Sí ___ No ___ |
| HÍGADO   | Sí ___ No ___ | ALERGIAS | Sí ___ No ___ |
| ÚLCERAS  | Sí ___ No ___ | OTRO     | Sí ___ No ___ |

Marque las Condicion(es) que aplican para Usted:

| PASADO | PRESENTE                      | PASADO | PRESENTE                           |
|--------|-------------------------------|--------|------------------------------------|
| ___    | ___ Historia de infecciones   | ___    | ___ Problemas de Próstata          |
| ___    | ___ Fiebre/Calentura          | ___    | ___ Urinuación Frecuente           |
| ___    | ___ Sida                      | ___    | ___ Embarazo- #de niños _____      |
| ___    | ___ Diabetes                  | ___    | ___ Peso Anormal SUBO ___BAJO___   |
| ___    | ___ Uso de Corticosteroides   | ___    | ___ Epilepsia                      |
| ___    | ___ Pastillas Anticonceptivas | ___    | ___ Disturbio Visual               |
| ___    | ___ Alta Presion Sanguinea    | ___    | ___ Dolor de Espalda               |
| ___    | ___ Dolor de Cuello           | ___    | ___ Artritis                       |
| ___    | ___ Mareo/Desmayos            | ___    | ___ Uso de Alcohol                 |
| ___    | ___ Hormigueo la Ingle        | ___    | ___ Hormigueo la Asentadera        |
| ___    | ___ Retención Urinaria        | ___    | ___ Uso de Tabaco                  |
| ___    | ___ Aneurisma Aortico         | ___    | ___ Trauma Físcia                  |
| ___    | ___ Cáncer/Tumor              | ___    | ___ Osteoporosis                   |
| ___    | ___ Infarto - Fecha : _____   | ___    | ___ Derrame Cerebal - Fecha: _____ |

Historia Familiar: \_\_\_ Cancer \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Alta Presion \_\_\_ Cardiovasculares/Derrame Cerebral  
Soda que toma por día \_\_\_ Tazas de Café que toma por día \_\_\_

¿Cuantos días a la semana normalmente hace ejercicios o se estira? \_\_\_\_\_

Por favor describa brevemento su accidente o lesion (si corresponde)

---

---

---

---

He leído y entiendo el Aviso de Acto de Práctica de Privacidad que describe mis derechos como paciente con respecto a como la información médica sobre mi puede ser utilizada y divulgada y como tengo acceso a esta información. Acepto los términos y condiciones establecidos en Aviso de Acto de Practica de Privacidad.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA

X \_\_\_\_\_  
FECHA

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

## DIAGRAMA DE DOLOR

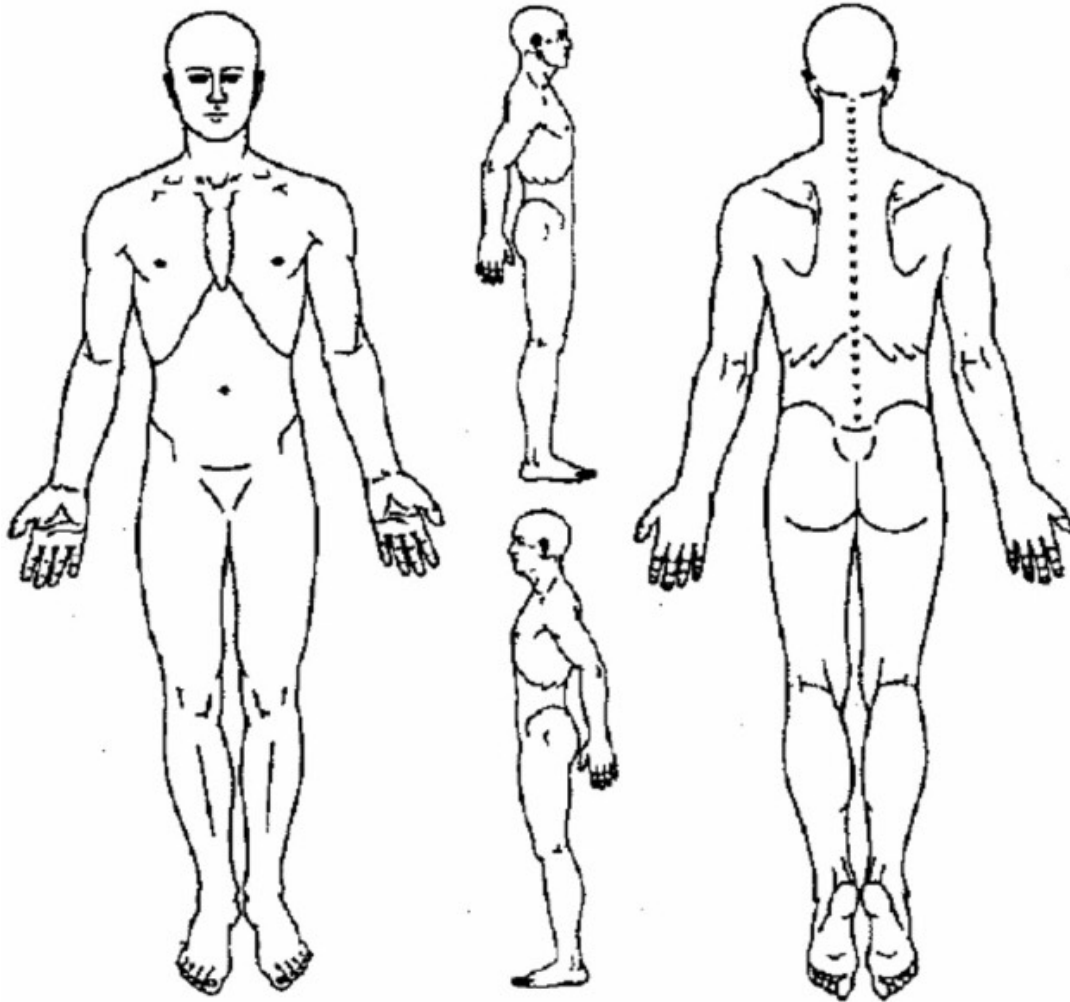
Dibuja la ubicación de tu dolor en las siguientes figuras usando los siguientes símbolos

|       |                |           |       |          |       |
|-------|----------------|-----------|-------|----------|-------|
| Dolor | Entumecimiento | Hormigueo | Ardor | Puñalada | Otro  |
| ^^^^^ | OOOOO          | *****     | ===== | /////    | XXXXX |

Escala de gravedad de dolor:

clasifique que tan severo es su dolor, marcando una casilla en la siguiente escala

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



X \_\_\_\_\_  
FIRMA

X \_\_\_\_\_  
FECHA

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

---

## POLIZA DE FINANCIAS

Gracias por escoger nuestro consultorio para su cuidado de salud. Estamos comprometidos en proveer un servicio de la más alta calidad. Por favor comprenda que el paquete de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea y firme antes de su tratamiento, se espera que pague todo los cargos en su totalidad en el momento del servicio si:

No tiene seguro medico

Prefiere reclamar a su propio seguro

Su compañía de seguro te manda los pagos directo a usted

Sus beneficios de seguro no pueden ser verificados por nuestra oficina

Autorización apropiada no se ha recibido de su compañía de seguro

En evento de que los cobros de esta oficina no se pagan dentro de nuestro credito normal, condiciones termino o tarifa de 1 ½ % por mes, 18% extra por año se acumulará hasta que se pague. Además todo razonable cobro y honorarios de Abogados se cargará al paciente.

Aceptamos Efectivo, Cheques, Debito, Visa y MasterCard. Se impondrán un cargo de \$25.00 por todo los cheques devueltos.

### RESPECTO AL SEGURO

Nuestra oficina presenta facturas de su seguro primario como cortesía para todo nuestro pacientes. Por favor traiga su tarjeta de seguro y un Formulario de Reclamo con Usted para mantener nuestra oficina informada de todos los cambios de seguro y solicitudes de autorización especiales. No podemos cobrarle a su seguro a menos que traiga toda la información de seguro. Podemos aceptar el pago de una parte de su factura de los beneficios de seguro de salud. Podemos obtener una preestimación de los beneficios a su solicitud. Sin embargo, requerimos que la porción no asegurada de su factura se pague en el momento en que se complete el tratamiento. El saldo de la tarifa, después de deducir cualquier pago recibido de la compañía de seguros dentro de los 60 días de finalización del tratamiento, el saldo no pagado se convertirá inmediatamente debido y pagadero por el paciente que luego puede solicitar el reembolso a la compañía de seguros.

Su póliza de seguro es un contrato solamente entre usted y su compañía de seguros y no somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que algunos a todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos por su plan de seguro. Y seria su responsabilidad cubrir esos gastos.

### TARIFAS USUALES Y HABITUALES

Nuestra oficina se compromete a proveer el mayor tratamiento de salud para nuestro pacientes y cobrar dentro del rango de lo que es el habitual para dicho tratamiento de salud en nuestra area. Las tarifas Usuales y Habituales que las compañías de seguros usan para determinar su beneficios son establecidos por ellos basado en factores que no están dentro de nuestro control. Usted es responsable del pago de la tarifa cargada, independientemente de la tarifa de la compañía de seguros.

Por favor, ayúdenos a servirle a mantener citas programadas, lo asistiremos brindandole un recordatorio de la cita. Habrá un cargo por la cancelacion de citas. Gracias por revisar y considerar de nuestra Política Financiera. Por favor háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

He leído esta Política Financiera y acepto quedarme por eso.

X \_\_\_\_\_

FIRMA

X \_\_\_\_\_

FECHA

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

**La Naturaleza del tratamiento quiropráctico:** La quiropráctica es una maniobra terapéutica que utiliza una fuerza controlada, apalancamiento dirección, amplitud y velocidad y que se dirige a articulaciones específicas de regiones anatómicas. Los quiroprácticos comúnmente usan tales procedimientos para influir en las articulaciones y la función neurofisiológica. El medico usará sus manos o un dispositivo mecánico para mover sus articulaciones. Es posible que se sienta un "clic" o un "trueno", como el ruido cuando se rompe un nudillo y se puede sentir movimiento en la articulación. Varios procedimientos auxiliares también se puede usar como paquetes calientes o frios, estimulación muscular eléctrica, ultrasonido terapéutico o hidroterapia seca.

**Posibles Riesgos:** Como con cualquier procedimiento de atención médica las complicaciones son posibles después de una manipulación quiropráctica. Las complicaciones pueden incluir fracturas de huesos, tension muscular, esquinca de ligamentos, dislocación de las articulaciones o lesion de los discos invertebrales, los nervios o la médula espinal. Se puede presentar una lesion cerebrovascular o accidente cerebrovascular luego de una lesion severa en las arterias de cuello. Una minoría de pacientes puede notar rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento. Ciertos procedimientos auxiliares producirán irritación de la piel, quemaduras o complicaciones menores.

**Probabilidad De Que Ocurra El Riesgo:** El riesgo de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico se ha descrito como "raro". El riesgo de lesion cerebrovascular o accidente cerebrovascular se ha estimado en entre uno un millón a uno en veinte millones, y puede reducirse aún más mediante a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

**Otras Opciones De Tratamiento Que Podrían Considerarse Pueden Incluir Los Siguietes:**

- Analgésicos de venta libre: el riesgo de tomar estos medicamentos incluye irritación del estómago, hígado y riñones, y otros efectos secundarios en un número significativo de casos.
- Medicamentos Recetados: Los riesgos de tomar drogas antiinflamatorias, tranquilizadores y analgésicos incluyen una multitud de efectos secundarios indeseables y dependencia del paciente en un número significativo de casos.
- La hospitalización en conjunción con el cuidado medico incorpora el riesgo de exposición a enfermedades virulentas transmisibles en un número de casos significativos.
- La cirugía junto con la atención médica agrega los riesgos de reacción adversa a la anestesia, así como un periodo de convalecencia prolongado en un número significativo de casos.

**Riesgos De Permanecer Sin Tratar:** La demora del tratamiento puede dar como resultado la formación de adherencias, tejido cicatricial y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir aún más la movilidad esquelética e inducer ciclos de dolor crónico. Es bastante probable que la demora en el tratamiento complique la condición y dificulte y prolongue la future rehabilitación.

Entiendo que un quiropráctico en la clínica responderá cualquier pregunta que yo tenga de la mayor manera que pueda. Entiendo que los resultados no están garantizados. No espero que los quiroprácticos de la clinica puedan anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Confiaré en que mi quiropráctico ejerza su juicio durante el curso de los procedimientos que él/ella puede considerar que son lo mayor para mi con este conocimiento, autorizo de forma voluntaria las pruebas de diagnóstico y la atención quiropráctica recomendadas por mi quiropráctico para:  
(por favor enumere las excepciones a continuación)

ESTO ES PARA RECONOCER QUE HE SIDO INFORMADO y entiendo que:

- Cualquier tratamiento o consejo que se me brinde como paciente de esta clinica no tiene la intención de restringirme el recibir tratamiento o asesoramiento que ahora pueda recibir, o pueda recibir en el futuro, de otro proveedor de atención médica con licencia.
- Estoy en libertad de buscar o continuar con la atención quiropráctica de un médica calificado para practicar en Arizona.
- Ningún empleado, estudiante, o otra persona bajo la dirección o control de la clinica me está sugiriendo o aconsejando que se abstenga de buscar o seguir las indicaciones de otro proveedor de atención médica con licencia.
- Este Formulario de Consentimiento me ha sido explicado y entiendo completamente y acepto sus contenidos.
- He leído y entendido la explicación anterior sobre el tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad tener alguna pregunta respondida a mi satisfaccion.
- Evalué completamente los riesgos y beneficios de someterse a tratamiento.
- Decidí libremente someterme al tratamiento recomendado y por este medio doy mi consentimiento total de tratamiento en Chiropractic Del Sol LLC

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE FECHA

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento, por favor de complete los siguiente:

1. El paciente es menor de edad y tiene \_\_\_\_\_ años de edad. Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Nombre de Madre \_\_\_\_\_
2. El paciente no puede dar su consentimiento porque \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE MÁS CERCANO O TUTOR LEGAL RELACIÓN TESTIGO DE LA CLINICA FECHA

- El paciente puede entender el lenguaje y el significado de este documento impreso Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- El paciente está mentalmente orientado en cuanto a la hora actual, la fecha actual y la ubicación física: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
FECHA HORA FIRMA DE DÓCTOR

# CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

## HIPAA

(La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros de Salud de 1996)

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derechos a revisar sus Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información de salud protegida sobre usted se use o divulgue para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operación de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su Consentimiento previo. La Práctica propociona que este Formulario para cumplir con La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros de Salud de 1996. (HIPAA)

El Paciente entiende de que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de reviar este Aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el use de su información, pero La Práctica no tiene que aceptar las restricciones..
- El paciente puede revocar este Consentimeinto por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento en la ejecución de este Consentimiento.

El Consentimiento fue firmado por:

X \_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO

X \_\_\_\_\_  
FIRMA

X \_\_\_\_\_  
FECHA

SI NO ES EL PACIENTE:

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

X \_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

X \_\_\_\_\_  
FECHA

Testigo:

X \_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTATE DE LA OFICINA

X \_\_\_\_\_  
FIRMA

X \_\_\_\_\_  
FECHA