

Sheridan Chiropractic, Inc.

Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C. | John Chapman, D.C.

REGISTRO CONFIDENCIAL DE PACIENTES E HISTORIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_
Nombre: \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_ Género: M // F SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_
# de Cel: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_
# de Tel: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_ # Horas Trabajadas: \_\_\_\_\_
CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA:

Compañía: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_
Nombre Primario de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_
Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA (DOCTOR PRIMARIO):

Nombre de su Doctor Primario: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_
Direccion: \_\_\_\_\_

QUEJAS ACTUALES

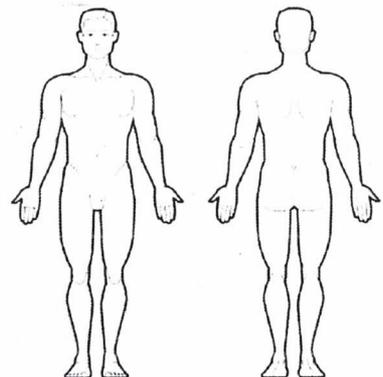
¿Cuáles son sus quejas actuales? \_\_\_\_\_
¿Cuándo aparecieron sus síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_
Sus síntomas interfieren con:  Dormir  Rutina Diaria  Trabajo  Recreación
¿Está trabajando menos horas / días como resultado de sus quejas?  Si  No
En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

Actividades o movimientos que son dolorosos de realizar:
 Sentado(a)  Estar de Pie  Caminar  Agachar  Acostado(a)

¿Cómo calificaría sus síntomas?:
 Leve  Moderado  Severo

¿Cómo calificaría su nivel de dolor actual?
No dolor 0 Minimo 1 2 3 Poco 4 5 Moderado 6 7 8 Severo 9 10

Sus síntomas estan:  Mejorando  Sin Cambio  Empeorando
Marque con una "X" en las áreas de su dolor en el diagrama a la derecha.



**HISTORIAL DE HOSPITALIZACIÓN / EXAMEN:**

¿Has estado en el hospital por esta condición?  Si  No ¿Cuando? \_\_\_\_\_  
 Nombre de el hospital: \_\_\_\_\_ ¿Cómo llegaste allí?  Solo  Otros  Ambulancia  
 ¿Se tomaron radiografías?  Si  No En caso afirmativo, ¿qué áreas? \_\_\_\_\_  
 ¿Le recetaron medicamentos?  Si  No ¿Que medicación? \_\_\_\_\_  
 ¿Has visto a algún otro médico o has recibido algún otro tratamiento para tu condición actual?  Si  No  
 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del médico: \_\_\_\_\_  
 # de Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de Visita: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO QUE PUDO HABER RECIBIDO:** (Coloque "X" en las que correspondan)

Examen	Región/Partes del cuerpo	Fecha	Examen	Región/Partes del cuerpo	Fecha
<input type="checkbox"/> Examinacion	_____	_____	<input type="checkbox"/> EMG/NVG	_____	_____
<input type="checkbox"/> MRI/CT	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**HISTORIA DE SALUD/LESIONES/TRATAMIENTOS:**

**LESIONES QUE TUVO EN EL PASADO**

**FECHA(S)**

Accidentes automovilísticos: \_\_\_\_\_  
 Lesiones laborales: \_\_\_\_\_  
 Huesos Quebrados: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA VEZ TE HAN DIAGNOSTICADO CON O HAS SUFRIDO DE:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno Muscular             | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Osteoartritis     | <input type="checkbox"/> Toser Sangre                |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Nervioso | <input type="checkbox"/> Huesos Quebrados       | <input type="checkbox"/> Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios     |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Óseo                 | <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales | <input type="checkbox"/> Alcoholismo       | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón/Vejiga   |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide            | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Drogadicción      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Corazón      |
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Congénita   | <input type="checkbox"/> Ataque Al Corazón | <input type="checkbox"/> Tumores                     |
| <input type="checkbox"/> VIH                            | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo      | <input type="checkbox"/> Cáncer            | <input type="checkbox"/> Depresión                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas De Vesícula Biliar   | <input type="checkbox"/> Alta Presion           | <input type="checkbox"/> Úlcera            | <input type="checkbox"/> Infección del oído/garganta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Presión Baja           | <input type="checkbox"/> Hernias           | <input type="checkbox"/> Marcapasos                  |

**CIRUGÍAS QUE TUVO PARA ESTA CONDICIÓN:**

**FECHA(S)**

Cirugías De Columna:  Discectomía  Laminectomía  Fusión  Otro: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS QUE TUVO PARA ESTA CONDICIÓN:**

Medicación  Inyecciones  Terapia Física  Masaje  Quiropráctica  Acupuntura  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

*Pacientes de Sexo Femenino:* Ciclo Menstrual Más Reciente: \_\_\_\_\_  Embarazada: \_\_\_\_\_ semanas

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a Sheridan Chiropractic a tratar mi condición según sea necesario y a proporcionar cualquier solicitud autorizada de información sobre el tratamiento. Se entiende y acuerda que el monto pagado a SCI por rayos-x es solo para examen y los negativos seguirán siendo propiedad de SCI. Se mantendrán en el archivo donde se pueden ver en cualquier momento mientras estoy tratando en SCI. Soy responsable de todas las facturas incurridas en esta oficina. No haré responsable a SCI por ninguna condición médica preexistente ni por ningún diagnóstico médico. Estoy de acuerdo en que las declaraciones hechas en este cuestionario son verdaderas y correctas.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Sheridan Chiropractic, Inc. Consentimiento a los Servicios

## **DERECHOS DEL PACIENTE**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Sheridan Chiropractic, Inc. (SCI) respeta las diferencias únicas de nuestros pacientes y asegurará que se mantenga la ética de la atención médica para todos los pacientes. Los siguientes derechos se ejercerán en nombre de nuestros pacientes:

1. El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho y se le recomienda que obtenga de el médico información relevante, actual y comprensible sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
3. El paciente tiene derecho a conocer la identidad del médico, el personal y todos los involucrados en la atención del paciente.
4. El paciente tiene derecho a tomar decisiones sobre el plan de atención antes y durante el curso del tratamiento, y a rechazar un tratamiento o plan de atención recomendado en la medida permitida por la ley, y a ser informado de las consecuencias de esta acción.
5. El paciente tiene derecho a toda consideración de privacidad.
6. El paciente tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención sean tratados como confidenciales, excepto en los casos en que la ley permita o exija la notificación.
7. El paciente tiene derecho a esperar atención médica con continuidad razonable cuando sea apropiado y a que el médico le informe sobre las opciones disponibles y realistas de atención al paciente.

## **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN NIÑO MENOR (MENOR DE 18 AÑOS)**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Autorizo la atención quiropráctica y/o de fisioterapia según se considere necesario para mi (relación) \_\_\_\_\_.

## **PACIENTES DE SEXO FEMENINO (ÚNICAMENTE)**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Esto es para certificar que, a mi leal saber y entender, NO estoy embarazada y que SCI tiene mi permiso para tomar radiografías. Fecha de inicio del último período menstrual \_\_\_\_\_.

## **PAGO, SEGURO, ASEGURANZA Y USO DEL NOMBRE**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y solicitar el pago de los beneficios del seguro, ya sea a mi mismo o a la parte que acepta la asignación.

Autorizo el pago de cualquier beneficio médico de terceros por los beneficios presentados para que mi reclamo se pague directamente a esta oficina. Autorizo el pago directo a esta oficina de cualquier suma en este momento o en el futuro que mi abogado le deba a esta oficina, fuera del producto de cualquier acuerdo de mi caso y por cualquier compañía de seguros contractualmente obligada a hacerme un pago a usted o a usted en función de los cargos presentados para productos y servicios prestados.

Entiendo y acepto que las políticas de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a hacer el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarla directamente a esta oficina se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, y los honorarios por productos o servicios profesionales prestados serán inmediatamente debidos.

## **CONSENTIMIENTO PARA EL ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE RADIOGRAFÍAS**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para permitir que SCI use los servicios de un radiólogo externo si es necesario para garantizar la interpretación de la radiografía de la más alta calidad. Reconozco que estos servicios son independientes de los de la clínica donde estoy recibiendo atención, y que los cargos por los servicios se enviarán a mi compañía de seguros, a la compañía de compensación laboral de la Oficina Estatal y/o a mi abogado en el caso de lesiones personales.

En el caso de que reciba un pago por estos servicios, acepto remitirlo de inmediato al radiólogo o los servicios de radiología.

Asigno mis beneficios de seguro y mis derechos de pago al radiólogo en la medida de sus cargos, y los autorizo a ellos, o a sus agentes, a facturar y divulgar información a mi compañía de seguros, abogado y/o cualquier tercero pagador. Autorizo a mi médico tratante, compañía de seguros, abogado y / o tercero pagador a proporcionar al radiólogo o sus agentes cualquier información relacionada con mi reclamo, sus servicios y/o el pago de los servicios prestados.

## **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA Y/O FISIOTERAPIA**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para exámenes completos (quiropática y/o fisioterapia, ortopedia y/o neurológica), ajustes/tratamientos quiroprácticos (y otros procedimientos que incluyen varios modos de modalidades de fisioterapia), intervención de fisioterapia (incluida la movilización de tejidos blandos, terapéutica ejercicios, estiramiento, postura y entrenamiento ergonómico y programa de ejercicios en el hogar), asesoramiento/asesoramiento nutricional y radiografías de diagnóstico por SCI (y su personal), que ahora o en el futuro me tratan en esta oficina. He tenido la oportunidad de discutir con el personal de SCI la naturaleza y el propósito del tratamiento indicado. Entiendo que los resultados no están garantizados y estoy informado de que, como en la práctica de la medicina, la práctica de la quiropática y la práctica de la fisioterapia, existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros: fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, luxaciones y esguinces. No espero que el (los) médico(s) puedan anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el (los) médico(s) ejercerán su juicio durante el curso de cualquier procedimiento que el (los) médico(s) sienta en ese momento sean de mi mejor interés. He leído, o me han leído, el consentimiento completo anterior y también he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y, al firmar a continuación, acepto los términos y procedimientos anteriores. Tengo la intención de que este consentimiento cubra cualquier tratamiento para mi afección actual y para cualquier afección futura para la que solicite tratamiento por parte de SCI y/o del personal empleado.

## **POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN/RETRASO**

**INICIALES** \_\_\_\_\_

El paciente sera responsable de notificar a SCI por las citas canceladas y cierta se respetuoso al cancelar citas programada. Si los pacientes se presentan a las citas con más de 15 minutos de retraso, podemos reprogramar la cita o no se administrará el tratamiento completo.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto las disposiciones anteriores, y asigno mis beneficios de seguro como se describe anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
**ACUERDO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Artículo 1: Acuerdo De Arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante la presentación al arbitraje como previsto por la ley de California, y no por una demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto cuando la ley estatal y federal prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmar, renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

**Artículo 2: Todas Las Reclamaciones Deben Ser Arbitradas:** También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta a arbitraje o no, y las disputas procesales también se determinarán mediante la presentación de un arbitraje vinculante. Es la intención de las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluso las reclamaciones derivadas o relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica, incluyendo los herederos o cónyuges anteriores, presentes o futuros del paciente en relación con todas las reclamaciones, y/o la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene la intención de obligar a cualquier hijo del paciente, ya sea nacido o no, en el momento de la ocurrencia que da lugar a cualquier reclamo. Este acuerdo está destinado a obligar al paciente y al proveedor de atención médica y/u otros proveedores de atención médica con licencia o pasantes de preceptoría que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras está empleado, trabajando o asociado o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluyendo aquellos que trabajan en las clínicas u oficinas del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, ya sean dignatarios de este formulario o no. Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y/o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio de los proveedores de atención médica deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, reclamos por pérdida de consorcio, muerte injusta, angustia emocional, creencia cautelara o daños punitivos.

**Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicable:** La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores. El árbitro neutral será el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de bifurcar las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten en la intervención y la acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y tras dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el arbitraje.

Los grupos acuerdan que las disposiciones de la Ley de Reforma de Compensación de Lesiones Médicas de California se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones que establecen el derecho a presentar evidencia de cualquier cantidad pagadera como un beneficio para el paciente según lo permitido por la ley (Código Civil 3333.1), la limitación de la recuperación por pérdidas no económicas (Código Civil 3333.2), y el derecho a un juicio por daños futuros conforme a pagos periódicos (CCP 667.7). Los grupos acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este acuerdo de arbitraje.

**Artículo 4: Disposición General:** Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Una reclamación será eximida y prohibida para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación de la misma, la reclamación, si se afirma en una acción civil, estaría prohibida por la estatua de limitaciones del estado aplicable, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable.

**Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días de la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes.

**Artículo 6: Efecto Retroactivo:** Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe iniciar aquí \_\_\_\_\_. Vigente como la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje.

Por la presente solicito y autorizo la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico nombrado a continuación y/u otros médicos de quiropráctica con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estoy empleado, trabajando o asociado o sirviendo de respaldo para el médico de quiropráctica mencionado a continuación, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina que se enumeran a continuación o cualquier otra oficina o clínica, firmantes meteorológicos de este formulario o no.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico de quiropráctica mencionado a continuación y/o con otro personal de la clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Aviso: Al firmar este contrato, usted acepta que cualquier problema de negligencia médica se decida mediante arbitraje neutral y renuncia a su derecho a un jurado o juicio judicial. Ver artículo 1 de este contrato.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_