

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Fecha de Accidente: _____

PACIENTE: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento(Mes/Dia/Año): ____/____/____ Edad: ____ Género: M // F #SS: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Cel: _____ # Casa: _____ # Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

VITALES: Estatura: _____ Peso: _____ Mano Dominante: Derecha // Izquierda

DOCTOR PRIMARIO: _____ Ciudad: _____ #Tel: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tel: _____ # Fax: _____ # Horas/Semana(s) Trabajadas: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Relación: _____ # Tel: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA: # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Nombre del Titular de la póliza: _____ # Tel: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

Tel: _____ # Fax: _____ Administrador de Casos: _____

Domicilio del Abogado: _____

MUÉSTREME DÓNDE LE DUELE

Por favor marque su nivel de dolor de 0-10.

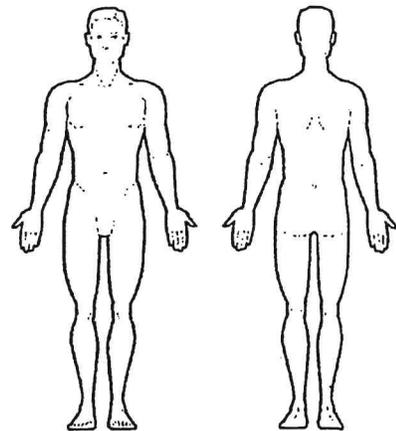
Marque con una "X" en las áreas de su dolor.

Sin dolor 0 Mínimo 1 2 3 Ligero 4 5 Moderado 6 7 8 Dolor severo 9 10

- Constante
Frecuente
Intermitente
Ocasional

Descripción del dolor: (Círcule todo lo que corresponda)

- (DL) Lijero (SO) Tierno
(A) Adolorido/a (T) Apretado
(S) Agudo (P) Alfileres y Agujas
(SB) Punzante (ST) Punzante
(AY) Molesto (SF) Rígido
(B) Ardiente (TH) Palpitante
(W) Débil (SP) Superficial
(N) Entumecido/a (H) Caliente
(TG) Hormigueo (C) Frío
(D) Profundo Otro: _____



¿Ha recibido tratamiento en esta oficina en el pasado? Sí No

Si respondió "sí", ¿Cuándo? _____

HISTORIAL DE ACCIDENTE: Explique los detalles del accidente. Puede incluir diagramas.

Elija los tipos de diagnósticos que se ha realizado en cualquier otra oficina en la cual recibió atención PARA ESTA LESIÓN:

- Rayos X Discograma Tomografía Computarizada (CT) Escaneo de Huesos Mielograma Electromiograma
 Resonancia magnética (MRI)

¿Dónde se realizaron? _____

Detalles del Accidente Automovilístico:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conductor | <input type="checkbox"/> Pasajero |
| <input type="checkbox"/> Asiento delantero | <input type="checkbox"/> Asiento trasero |
| <input type="checkbox"/> Preparado/a | <input type="checkbox"/> Sorprendido/a |
| <input type="checkbox"/> Golpe en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Conmocionado/a |
| <input type="checkbox"/> No Golpe en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Coche Remolcado |
| <input type="checkbox"/> Bolsas de aire desplegadas | <input type="checkbox"/> Informe policial realizado |
| <input type="checkbox"/> Destello de luz visto tras el impacto | |

- Accidente de Vehículo Cuantos vehículos? _____
 Relacionado al Trabajo No Relacionado al Trabajo
 Incidente Relacionado con Deportes
 Resbalón y Caída
 Otro: _____

Inmediatamente después del incidente:

- Ambulancia / Paramédicos llamados
 Tratado en la Escena
 Transportado al hospital por ambulancia
 Fue al hospital por su cuenta (*Fecha:* _____)
 Diagnósticos Realizados en el Hospital
 Medicación Prescrita
 Tratamiento en (*Nombre del Hospital:* _____)
 Seguimiento Recomendado
 Otro:

Historia Social:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Fumador/a |
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> No fumador/a |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Bebe Alcohol Socialmente |
| ¿Tiene niños? Cuantos _____ | <input type="checkbox"/> No bebe Alcohol |
| Aficiones: | <input type="checkbox"/> Toma Drogas |
| | <input type="checkbox"/> No Toma Drogas |

Tiempo Perdido:

- NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión, actualmente trabajando sin limitaciones
- NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión PERO tiene limitaciones
- El paciente informa pérdida de tiempo debido a una lesión. Indica día(s) o semana(s)
- N/A
- Fecha del último día de trabajo: ____/____/____

Historia Ocupacional:**¿Cuál es su satisfacción laboral actual?**

- Muy Satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Muy Insatisfecho/a
- N/A
- Discapacitado/a?
- Servicio Limitado / Liviano
- Trabajo Físicamente Exigente
- ¿Educación más alta alcanzada? _____

Mecanismo de Lesión:

¿Le sorprendió el impacto?

-
- Sí
-
- No

En relación con la parte posterior de la cabeza, el posicionamiento del respaldo estaba:

-
- Bajo
-
- Medio
-
- Alto

¿En que dirección estaba su cabeza en el momento del impacto?

-
- Izquierda
-
- Adelante
-
- Derecho
-
- No Recuerdo

¿Estaba inclinado/a hacia adelante en el momento del impacto?

-
- Sí
-
- No

¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad?

-
- Sí
-
- No

¿Quedó inconsciente como resultado del incidente?

-
- Sí
-
- No (¿Cuánto Tiempo? _____)

¿Sintió dolor inmediatamente después del incidente?

-
- Sí
-
- No (¿Cuándo? _____)

¿Año y tipo de vehículo en el que estuvo?

Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Tamaño de su vehículo

-
- Pequeño
-
- Tamaño Medio
-
- Tamaño Grande
-
- No Recuerdo

¿Año y tipo de otro vehículo involucrado?

Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Tamaño de el otro vehículo

-
- Pequeño
-
- Tamaño Medio
-
- Tamaño Grande
-
- No Recuerdo

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo cuando ocurrió el incidente?

_____ MPH

¿Cuál fue la velocidad aproximada del otro vehículo cuando ocurrió el incidente?

_____ MPH

¿Tiene fotos de el accidente?

-
- Sí
-
- No

Historial Médico:

He visto al siguiente médico / profesional para esta afección:

Quiropráctico: _____

Masajista: _____

Ortopedista: _____

Fisioterapeuta: _____

Médico: _____

Psiquiatra/Psicólogo: _____

Otro: _____

Marque los tratamientos que ha tenido:

- Hielo Quiropráctico
- Calor/Ultrasonido Osteopatía
- Estimulación Eléctrica Inyecciones
- Ejercicio Acupuntura
- Tracción/Descompresión Naturopatía
- Reposo en cama Masaje

Historial Médico Actual o Pasado:

- Medicina Cirugía Hospitalización
- Problemas Musculoesqueléticos Previos
- Otro: _____

Marque si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 años: B4 MVC – Antes de el accidente**B4 MVC / MVC**

- / Fiebre(s) inexplicables
- / Sudores Nocturnos
- / Pérdida de peso 10 lb+
- / Pérdida de Apetito
- / Fatiga Excesiva
- / Problemas con Depresión
- / Dificultad para Dormir
- / Estrés Inusual en Casa
- / Estrés Inusual en el Trabajo

B4 MVC / MVC

- / Moretones con Facilidad
- / Sangrado Excesivo
- / Bulto en el cuello, axila o ingle
- / Dolor o presión en el Pecho
- / Tos Persistente/Inusual
- / Problemas al Respirar con Ejercicio
- / Problemas al Respirar al Acostarse
- / Tosiendo Sangre
- / Tobillos Hinchados

B4 MVC / MVC

- / Dolor de Estómago
- / Cambios Intestinales
- / Diarrea Persistente
- / Estreñimiento Excesivo
- / Heces Negras Oscuras
- / Heces con Sangre
- / Dolor/Ardor al Orinar
- / Dificultad para Orinar
- / Necesidad de orinar con Frecuencia

MVC – Por Causa de el accidente**B4 MVC / MVC**

- / Sangre en la Orina
- / Rigidez Matutina
- / Enrojecimiento de ojos
- / Ternura Muscular
- / Ojos o Boca Secos
- / Erupciones en la Piel
- / Dolor/Inflamación Articular
- / Ansiedad
- / Irritabilidad

HISTORIAL 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

******* PARA USO DEL DOCTOR DEBAJO DE ESTA LÍNEA. VAYA A LA PÁGINA 6. *******

HEENT

The patient is normocephalic, non-traumatic

Pupils are equal, round and reactive to light & accommodation

TM's are clear

GASTROINTESTINAL

Abdomen is soft, non-tender

Bowel sounds are normoactive

No history or present complaints regarding gastrointestinal system

CARDIOVASCULAR/PULMONARY

No complaints or history of heart murmur, blood pressure problems or other vascular disorders

Heart exam reveals a regular rate with no murmurs, gallops or rubs

Lungs are clear to percussion and auscultation

Blood Pressure **Pulse Rate**

NEUROLOGICAL EXAMINATION

Cranial nerves II-IX are grossly intact

Romberg's Test

Cerebellum function is grossly within normal limits

Patient is alert and oriented to time, place and person

Reflexes are equal and reactive bilaterally in both upper and lower extremities and are +2

DOCTOR'S INPUT: Wartenberg's pinwheel testing showed _____
 HYPERESTHESIA / HYPOESTHESIA

At dermatomal distributions _____ on the RT / LFT

Sensation is intact to all primary modalities

Patient can heel and toe walk without difficulty

Toes are down going and pathological reflex is absent for Babinski Sign

Motor testing of the upper & lower extremity musculature revealed:

Grade: I, II, III, IV, V in the UPPER and/or LOWER extremities.

UROGENITAL

There is no complaint of frequency, urgency or difficulty w/ urination.

GRIP STRENGTH:

Test 1 RIGHT _____ LEFT _____

Test 2 RIGHT _____ LEFT _____

Test 3 RIGHT _____ LEFT _____

ORTHOPEDIC EXAMS

- Adson's Maneuver: Left Right Bilateral N/A
- Anterior Drawer: Left Right Bilateral N/A
- Apley's Compression: Left Right Bilateral N/A
- Apley's Distraction: Left Right Bilateral N/A
- Braggard's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Cervical Distraction: Left Right Bilateral N/A
- Cozen's Test: Left Right Bilateral N/A
- Deep Inhalation Chest Pain: Left Right Bilateral N/A
- Dugas' Test: Left Right Bilateral N/A
- Ely's Heel Buttock Test: Left Right Bilateral N/A
- Finkelstien Test: Left Right Bilateral N/A
- George's Test: Left Right Bilateral N/A
- Hoover's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Kemp's Test: Left Right Bilateral N/A
- Laseque's SLR Test: Left Right Bilateral N/A

- Magnuson's Test: Left Right Bilateral N/A
- Mankopf's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Max Cervical Comp: Left Right Bilateral N/A
- McMurray's Test: Left Right Bilateral N/A
- Mill's Test: Left Right Bilateral N/A
- O'Donohue Test: Left Right Bilateral N/A
- Patrick's Test: Left Right Bilateral N/A
- Phalen's Test: Left Right Bilateral N/A
- Scheplmann's Sign: Left Right Bilateral N/A
- Shoulder Depression: Left Right Bilateral N/A
- Straight Leg Raiser: Left Right Bilateral N/A
- Supraspinatus Press: Left Right Bilateral N/A
- Soto-Hall Test: Positive Negative
- Valsalva Maneuver: Left Right Bilateral N/A
- Yergason's Test: Left Right Bilateral N/A

The performance of the malingering exams were negative and/or were not performed due to the positive integrity of the patient and/or due to the absence of examiner perceived needed.

CERVICAL	Restrictive	Degree	Normal	Pain	Deficit
Flexion	<input type="checkbox"/>		50		
Extension	<input type="checkbox"/>		60		
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45		
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45		
Left Rot	<input type="checkbox"/>		80		
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		80		

LUMBAR	Restrictive	Degree	Normal	Pain	Deficit
Flexion	<input type="checkbox"/>		50		
Extension	<input type="checkbox"/>		25		
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25		
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25		
Left Rot	<input type="checkbox"/>		30		
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		30		

SPINAL EXAM

- Spinal examination consisted of static and motion palpation of the cervical, thoracic, lumbar and pelvis (all or separate)
- It included:
 - Intervertebral joint play analysis
 - Comparative leg length analysis
 - Range of Motion Evaluation

ARTICULAR DYSFUNCTION

- These articular dysfunctions are associated & accompanied by:
- Joint Edema
 - Joint Capsulitis
 - Deep & Superficial Myospasms
 - There is muscle splinting and tenderness upon digital palpation at the levels of articular dysfunction.
 - There is pain on percussion of the spinous processes at these levels as well

The examination revealed dysfunctions/vertebral subluxations at the following levels:

C 1 2 3 4 5 6 7 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 L 1 2 3 4 5 Sacrum Ilium R L

There are myofascial trigger points located in the following musculature:

Radiology:

UPPER EXTREMITY:

LOWER EXTREMITY:

OTHER:

CAUSATION:

- In my opinion, the above diagnoses are a direct result of the Date of the Incident noted above.

Are your findings and diagnosis consistent with patient's account of injury or onset of illness? Yes No If "No," please explain:

Is there any other current condition that will impede or delay patient's recovery? Yes No If "Yes," please explain:

PLAN/RECOMMENDATIONS:

- 4 times/week Once a week
- 3 times/week Every 2 weeks
- 2 times/week Once a month
- Patient will be re-evaluated in:
 - One month 2 weeks
 - 1 week 3 weeks

Visits

- Chiropractic Adjustments (CMT), Activator (ACT), Neuromuscular Re-Education (NR), Joint Mobilization (JM), Myofascial Release (MR), Intersegmental Traction (IT), Electrical Stimulation (EMS), Mechanical Massage (MM), Ultrasound (US), Diathermy (D), Hot/Cold Pack (HP/CP), Interferential (ITF), Transcutaneous Nerve Stimulation (TENS), Infrared (IF), Therapeutic Exercises/Outside Office (TE)/(TEO), Physician's Education Group (PEG)
- The patient's condition has stabilized. I have recommended periodic chiropractic check-ups in order to maintain the patient's progress.

Sheridan Chiropractic, Inc.

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

EVALUACIÓN DE TRAUMA DE CABEZA

Nombre del paciente: _____

Marque los síntomas que tiene actualmente y que no tenía antes del accidente.

Síntomas Neurológicos

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo/Mano | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Brazo/Mano | I | D |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo Pierna/Pie | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Pierna/Pie | I | D |

Síntomas Asociados Con Lesiones

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Movimiento | <input type="checkbox"/> Interrupción de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor Irradiando |
| <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Visuales | <input type="checkbox"/> Estoy Tomando Medicina |

Síntomas Del Cerebro / Neuropsiquia / MTBI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Querer Estar Solo | <input type="checkbox"/> Cambio de Personalidad |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> No Puedo Recordar Números |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos | <input type="checkbox"/> Problemas de Lectura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrarse | <input type="checkbox"/> Problemas de Escritura |
| <input type="checkbox"/> Soñar Despierto / Mirar Sin Sentido | <input type="checkbox"/> Dificultad para Sumar / Restar |
| <input type="checkbox"/> Cambios De Humor | <input type="checkbox"/> Concentración Reducida |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Aprender Cosas Nuevas | <input type="checkbox"/> Dificultad para Entender |
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Tristeza O Lágrimas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Recordar Cosas | <input type="checkbox"/> Borrosa / Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Volver a Leer Cosas para Entender | <input type="checkbox"/> Ira |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tomar Decisiones |
| <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Cambio en el Funcionamiento Sensual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar | <input type="checkbox"/> Reducción de la Confianza |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de Aislamiento de los Demás | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Atención | <input type="checkbox"/> Apatía (No Me Importa) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Apetito | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Diferentes Tamaños de Pupila | <input type="checkbox"/> Cambio en el Sentido del Gusto |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Retrocesos al Accidente |
| <input type="checkbox"/> Las Habitaciones Giran / Sensación de Mareo | <input type="checkbox"/> Impaciencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio | <input type="checkbox"/> Frustración |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar | <input type="checkbox"/> Problemas De Audición |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Enfocarse / Distraerse Fácilmente | <input type="checkbox"/> Dificultad para Planificar é Organizar |

Fecha: _____

Índice de Discapacidad del Cuello

Califique la intensidad de su dolor marcando un número debajo:

Sin Dolor

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

Dolor Insoportable

Instrucciones: Este cuestionario ha sido diseñado para brindarle al doctor información sobre cómo su DOLOR EN EL CUELLO ha afectado su capacidad para manejar la vida cotidiana. Responda cada sección y marque en cada sección solo la casilla que le aplique a usted. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, pero marque la única casilla que mejor describa su problema.

SECCIÓN 1 - INTENSIDAD DEL DOLOR

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante severo en este momento.
- El dolor es muy severo en este momento.
- El dolor es el peor imaginable en este momento.

SECCIÓN 2 - CUIDADO PERSONAL (Lavado, Vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente, sin causar dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente, pero me causa un dolor adicional.
- Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- No me visto; Me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

SECCIÓN 3 - LEVANTANDO

- Puedo levantar cosas pesadas sin dolor adicional.
- Puedo levantar cosas pesadas, pero me da dolor adicional.
- El dolor me impide levantar cosas del piso excepto solo si están convenientemente posicionados, ejemplo: una mesa
- El dolor me impide levantar cosas del piso, pero puedo con pesos ligeros a medianos cuando están convenientemente ubicado.
- Puedo levantar cosas muy livianas.
- No puedo levantar ni cargar nada en absoluto.

SECCIÓN 4 - DORMIR

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño está ligeramente perturbado (menos de 1 hora sin dormir)
- Mi sueño está ligeramente perturbado (1-2 horas sin dormir)
- Mi sueño está moderadamente perturbado (2-3 horas sin dormir)
- Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas sin dormir)
- Mi sueño está completamente perturbado (5-7 horas sin dormir)

SECCIÓN 5 - LEYENDO

- Puedo leer todo lo que quiero, sin dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero, con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero, con dolor moderado en el cuello.
- No puedo leer todo lo que quiero, debido al dolor moderado.
- Apenas puedo leer, debido a un fuerte dolor en el cuello.
- No puedo leer en absoluto.

SECCIÓN 6 - CONCENTRACIÓN

- Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- Puedo concentrarme completamente, con un poco de dificultad.
- Tengo un alto grado de dificultad para concentrarme.
- Tengo gran dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Tengo dificultad imaginable para concentrarme cuando quiero.
- No puedo concentrarme en absoluto.

SECCIÓN 7 - DOLORES DE CABEZA

- No tengo dolores de cabeza en absoluto.
- Tengo leves dolores de cabeza que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza severos que vienen con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

SECCIÓN 8 - TRABAJO

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera.
- Puedo hacer el trabajo habitual, pero no más.
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo en absoluto.
- No puedo hacer ningún trabajo en absoluto.

SECCIÓN 9 - CONDUCCIÓN

- Puedo conducir mi auto sin dolor de cuello.
- Puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera, con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera, con dolor moderado.
- No puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera, debido a un dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo conducir, debido a un fuerte dolor en el cuello.
- No puedo conducir en absoluto.

SECCIÓN 10 - RECREACIÓN

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas con un poco de dolor.
- Puedo participar en la mayoría de las actividades recreativas habituales, pero no en todas.
- Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas, por dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto.

Nombre: _____

Visita Inicial: _____

Fecha: _____

Dolor de Espalda Lumbar Revisado y Discapacidad

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente: Este cuestionario ha sido diseñado para brindarle al médico información sobre cómo su **DOLOR DE ESPALDA BAJA** ha afectado su capacidad para manejar la vida cotidiana. Responda y marque en cada sección solo la casilla **UNICA** que le aplique a usted. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, pero marque la casilla que mejor describa su problema.

SECCIÓN 1 – INTENSIDAD DE DOLOR

- El dolor va y viene y es muy leve.
- El dolor es leve y no varea mucho.
- El dolor va y viene y es moderado.
- El dolor es moderado y no varea mucho.
- El dolor va y viene y es muy severo.
- El dolor es intenso y no varea mucho.

SECCIÓN 2 – CUIDADO PERSONAL

- Puedo cuidarme normalmente, sin causar dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente, pero me causa un dolor adicional.
- Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- No me visto; Me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

SECCIÓN 3 – LEVANTAMIENTO

- Puedo levantar cosas pesadas sin dolor adicional.
- Puedo levantar cosas pesadas, pero me da un dolor adicional.
- El dolor me impide levantar cosas del piso.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo manejarlo si están convenientemente ubicadas.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas pero puedo manejar cosas medio-ligeras si están convenientemente posicionadas.
- Solo puedo levantar cosas muy ligeras a lo máximo.

SECCIÓN 4 – PARA CAMINAR

- No tengo problemas para caminar.
- No puedo caminar más de una milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de ½ milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de ¼ de milla sin aumentar el dolor.
- Puedo caminar con muletas.
- No puedo caminar en absoluto sin aumentar el dolor.

SECCIÓN 5 – SENTADO/A

- Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera.
- Solo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide sentarme más de una hora.
- El dolor me impide sentarme más de media hora.
- El dolor me impide sentarme más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque aumenta el dolor de inmediato.

SECCIÓN 6 - EN PIE

- Puedo soportar todo el tiempo que quiera sin dolor.
- Tengo algo de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo soportar más de una hora sin aumentar el dolor.
- No puedo soportar más de ½ hora sin aumentar el dolor.
- No puedo soportar más de 10 minutos sin aumentar el dolor.
- Evito estar de pie porque aumenta el dolor de inmediato.

SECCIÓN 7 – DORMIDO/A

- No tengo dolor en la cama.
- Me da dolor con estar en la cama pero no me impide dormir bien.
- Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en < ¼
- Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en < ½
- Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en < ¾
- El dolor me impide dormir en absoluto.

SECCIÓN 8 – DE VIAJE

- No me da dolor mientras viajo.
- Tengo un poco de dolor mientras viajo, pero ninguna de mis formas habituales de viaje causan más dolor.
- Tengo un dolor adicional mientras viajo, pero no me obliga a buscar formas alternativas de viaje.
- Tengo un dolor extra mientras viajo, lo que me obliga a buscar formas alternativas de viaje.
- El dolor restringe todas las formas de viaje.
- El dolor previene todas las formas de viaje, excepto las que se hacen acostadas.

SECCIÓN 9 – VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me da dolor.
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor limita mis intereses más enérgicos, ejemplo: bailar, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar.
- Apenas tengo vida social por el dolor.

SECCIÓN 10 – CAMBIO DE GRADO DE DOLOR

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero definitivamente está mejorando.
- Parece que mi dolor está mejorando, pero la mejora es lenta.
- Mi dolor no mejora ni empeora.
- Mi dolor empeora gradualmente.
- Mi dolor está empeorando rápidamente.

Entiendo que la información que he proporcionado anteriormente es actual y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL PACIENTE: Lea este documento completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información contenida. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no esté claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico: El tratamiento principal utilizado por los médicos quiroprácticos es la terapia de manipulación espinal. Sheridan Chiropractic utilizará este procedimiento para tratarlo/a. Los médicos pueden usar las manos o instrumentos mecánicos sobre su cuerpo para mover las articulaciones. Eso puede causar un "pop" o un "clic" audible, como lo ha experimentado cuando se "crujen" los nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis / Examen / Tratamiento: Como parte del análisis, examen y tratamiento, doy mi consentimiento para lo siguiente:
INICIE CADA PROCEDIMIENTO QUE ACEPTE.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia de Manipulación Espinal | <input type="checkbox"/> Palpación | <input type="checkbox"/> Signos Vitales |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Neurológicas Básicas | <input type="checkbox"/> Prueba de Fuerza Muscular | <input type="checkbox"/> Prueba de Rango de Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Análisis Postural | <input type="checkbox"/> Estimulación Muscular Eléctrica | <input type="checkbox"/> Pruebas Ortopédicas |

Los riesgos inherentes al ajuste quiropráctico:

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular, mielopatía cervical, separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llamaría la atención del médico, es su responsabilidad informar al médico.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos: Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente son el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso que verificamos durante la toma de su historial y durante el examen y las radiografías. El accidente cerebrovascular y / o disección arterial causados por la manipulación quiropráctica del cuello ha sido objeto de investigación y debate médicos en curso. La investigación más actual sobre el tema no es concluyente en cuanto a un incidente específico de ocurrencia de esta complicación. Si existe una relación causal, es extremadamente rara y remota. Desafortunadamente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que corren el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular arterial.

La disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento: Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir:

- Analgésicos autoadministrados de venta libre y reposo
- Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos.
- Hospitalización
- Cirugía

Si elige utilizar una de las opciones de tratamiento mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlos con su médico de cabecera.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento: Si no se trata, puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad, lo que puede provocar una reacción de dolor y reducir aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos efectivo cuanto más se posponga.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por la presente solicito y autorizo a Sheridan Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y realizar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a _____ . Esta autorización también se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal del consultorio y está destinada a incluir un examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. Si corresponde, según los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado fuera revocada o modificada de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

**NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDIDO LO ANTERIOR.
POR FAVOR FIRME Y FECHA A CONTINUACIÓN DONDE SEA APROPIADO.**

He leído o me han leído la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he discutido con Sheridan Chiropractic y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos que implica someterme al tratamiento y he decidido que me conviene someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que me brinden Sheridan Chiropractic, sus médicos y el personal.

_____ NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRESO)	_____ FIRMA	_____ FECHA
_____ NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRESO)	_____ FIRMA DEL PADRE / TUTOR (SI ES MENOR)	_____ FECHA
_____ DOCTOR NAME (PRINTED)	_____ DOCTOR'S SIGNATURE	_____ DATE

Sheridan Chiropractic, Inc.

26900 Newport Rd. Ste. 110, Menifee, CA 92584 | P. (951) 672-8060 | F. (951) 672-7490
Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C.

NOTICE OF DOCTOR'S LIEN

Patient: _____

Date of Accident: _____

I do hereby authorize **Sheridan Chiropractic, Inc.**, to furnish you, my attorney, with a full report of their examination, diagnosis, treatment, prognosis, etc., of myself in regard to the accident in which I was recently involved.

I hereby authorize and direct to you, my attorney, to pay directly to said doctor such sums as may be due and owing him for the medical service(s) rendered me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his office and to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect and fully compensate said doctor. And I hereby further give a Lien on my case to said doctor against any and all proceeds of my settlement, judgment, or verdict which may be paid to you, my attorney, or myself, as the result of the injuries for which I have been treated or injuries in connection therewith.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor for all medical bills submitted by him for services rendered me and that this agreement is made solely for said doctor's additional protection in consideration of his awaiting payment. And I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgment or verdict by which I may eventually recover said fee.

I agree to promptly notify said doctor of any change or addition of attorney(s) used by me in connection with this accident, and I instruct my attorney to do the same and to promptly deliver a copy of this lien to any such substituted attorney(s).

Please acknowledge this letter by signing below and returning to the doctor's office. I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting the doctor's interest, the doctor will not await payment and may declare the entire balance due and payable.

Dated: _____

Patient Signature

Printed Name

The undersigned being attorney of record for the above patient does hereby agree hereby agree to observe all of the terms above and agrees to withhold such sums from any settlement, judgment or verdict, as may be necessary to adequately protect and fully compensate said the doctor above-named. Attorney further agrees that in the event this lien is litigated, that the prevailing party will be awarded attorney fees and cost.

Dated: _____

Attorney Signature

Attorney Printed Name & Law Firm

SHERIDAN CHIROPRACTIC
Financial Policy Summary

ENGLISH

In an effort to maintain compliance with various state and federal regulations, managed care and preferred provider agreements as well as billing and coding guidelines, we have adopted the following financial policies:

Our clinic has established a single fee schedule that applies to all patients for each service provided.

You may be entitled to a network or contractual discount under the following circumstances:

- If we are a participating provider in your health plan
- If you are covered by a State or Federal program with a mandated fee schedule
- We are a network provider in a DMPO that you may join. Patients who are uninsured, or underinsured (limited benefits for chiropractic care), will be entitled to network discounts similar to our insured patients. Membership is \$49 a year and covers you and your dependents. Ask our team for more information.
- If you are eligible & choose a pre-payment plan, auto-debit plan or prompt payment option
- Patients who meet State and Federal poverty guidelines or other special circumstances outlined in our "Hardship Policy" may be offered a discount for a period of time as determined by our medical facility.

As part of our compliance plan, as of _____ our office will be unable to extend any type of discounts other than those listed above.

Acknowledged by: _____ Date: _____

SPANISH

En un esfuerzo por mantener el cumplimiento de varias regulaciones estatales y federales, la atención administrada y los acuerdos de proveedores preferidos, así como las pautas de facturación y codificación, hemos adoptado las siguientes políticas financieras:

Nuestra clínica ha establecido una tarifa única que se aplica a todos los pacientes por cada servicio.

Puede tener derecho a un descuento contractual o de red en las siguientes circunstancias:

- Si somos un proveedor participante en su plan de salud
- Si está cubierto por un programa estatal o federal con un programa de tarifas obligatorio
- Somos un proveedor de la red en un DMPO al que puede unirse. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente (beneficios limitados para la atención quiropráctica) tendrán derecho a descuentos de la red similares a los de nuestros pacientes asegurados. La membresía cuesta \$49 al año y lo cubre a usted y a sus dependientes. Solicite más información a nuestro equipo.
- Si es elegible y elige un plan de prepago, un plan de débito automático o una opción de pago puntual
- A los pacientes que cumplan con las pautas de pobreza estatales y federales u otras circunstancias especiales descritas en nuestra "Política de Dificultad" se les puede ofrecer un descuento por un período de tiempo determinado por nuestro centro médico.

Como parte de nuestro plan de cumplimiento, a partir de _____, nuestra oficina no podrá extender ningún tipo de descuento que no sean los enumerados anteriormente.

Reconocido por: _____ Fecha: _____

SHERIDAN CHIROPRACTIC, INC.

Acuerdo de Exención por Dificultades del Paciente

A quien corresponda, yo _____ mediante mi firma a continuación declaro que he solicitado específicamente que el **Dr. Sheridan** me conceda una consideración especial debido a mi situación financiera actual. No puedo pagar un deducible y / o copago en mi contrato o plan de beneficios de atención médica por los servicios que este médico me prestó en este centro.

Mis circunstancias financieras son tales que si tuviera que pagar las tarifas habituales, me vería obligado (por razones económicas) a no recibir la atención que necesito.

Reconozco que cualquier acuerdo hecho para ayudarme es puramente confidencial y que mis arreglos de honorarios serían diferentes de los que son estándar en esta clínica.

Si Medicare o cualquier otro contrato de beneficios de atención médica exige el pago total de mi deducible y / o copagos, acepto que es mi responsabilidad notificar a Medicare o a cualquier otro administrador del contrato de beneficios de atención médica que, debido a dificultades económicas, solo estoy haciendo un pago parcial / pago(s).

Se me ha explicado que la exención de deducibles y copagos es ilegal según Medicare y que puede considerarse un delito grave si, en opinión de Medicare, la exención de deducibles y copagos en su caso no era necesaria. Además, entiendo que en el caso de Medicare hay multas, encarcelamiento y sanciones civiles monetarias que se pueden imponer al médico mencionado anteriormente, si Medicare decide que ha realizado un acto ilegal al aceptar renunciar a mis copagos y / o deducible.

Por la presente, doy fe del hecho de que no puedo pagar los copagos requeridos y / o el deducible por mis servicios proporcionados por el Dr. Sheridan y Sheridan Chiropractic.

Nombre del Paciente (Letra Molde): _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Director de Clinica: _____

Fecha: _____

This form is to be signed by the above parties, a copy given to the patient, and the original and two (2) copies kept in the patient's file.

CÓMO PROTEGEMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

Mi "información médica protegida" (IMP) significa información médica personal, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y / o creada o recibida por mi médico, asistente médico u otro proveedor de atención médica. La IMP puede relacionarse con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura que me identifica, o existe una base razonable de que la información pueda identificarme.

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi IMP por Sheridan Chiropractic, Inc. o cualquier dueño, empleado, contratista u otro representante del mismo (colectivamente, "Sheridan Chiropractic"), con el propósito de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener pago por mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de Sheridan Chiropractic. Entiendo que Sheridan Chiropractic puede negarse a diagnosticarme o tratarme, si no doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi IMP para los fines mencionados anteriormente. Mi firma en este documento establece mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi IMP para los fines mencionados anteriormente.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo se utiliza o divulga mi IMP para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica por Sheridan Chiropractic. Sheridan Chiropractic no tiene la obligación de aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si Sheridan Chiropractic acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante para Sheridan Chiropractic.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado el Aviso de Privacidad de Sheridan Chiropractic. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic describe el tipo de usos y divulgaciones de mi IMP que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de operaciones de atención médica por parte de la oficina de Sheridan Chiropractic. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Sheridan Chiropractic con respecto a mi IMP.

Reconozco y entiendo que Sheridan Chiropractic tiene derecho a cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad comunicándome con el Oficial de Privacidad de Sheridan Chiropractic por correo electrónico a dd.sheridanchiro@gmail.com para solicitar que se envíe una copia impresa por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en la medida en que Sheridan Chiropractic haya tomado medidas basándose en este acuerdo.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las Políticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic, y todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente.

Nombre del Paciente (Letra Molde): _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____