

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Sexo: [] M [] F **Edad:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social #:** _____

Estado Civil: [] Casado [] Soltero [] Menor de edad **Teléfono:** _____ **Celular:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Email: _____ **¿Como nos podemos contactar? Email [] Phone []**

Empleador/Escuela: _____ **Ocupación:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

¿A quién podemos agradecer por su visita? _____

¿Cómo oyó de nosotros? [] Google [] Website [] Facebook/Instagram [] TV/Radio [] Otro: _____

Información Financiera: [] Pago Personal [] Aseguranza [] Caso de lesión personal [] Otro (explique): _____

Persona reponsable de pago: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Seguro Médico? [] Si [] No - **Nombre de compañía:** _____ **No. de Miebros:** _____ **Teléfono:** _____

HISTORIAL MÉDICO Y SÍNTOMAS DE DOLOR

Razón de su visita:

[] Nueva lesión [] Lesión vieja [] Dolor crónico

¿Condición por la que lo estamos viendo hoy?

Primaria: _____ **Secundaria:** _____

Califique su dolor con la siguiente escala: (Haga un círculo)

None 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intense

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? (Fecha) _____

¿Qué porcentaje del día está presente el dolor?

10-20% 30-40% 50-60% 70-80% 90-100%

¿Quién lo ha tratado para este dolor? _____

Esto está interfiriendo con su:

[] Trabajo [] Dormir [] Rutina Diaria [] Nada

Síntomas que ha experimentado en los últimos 6 meses:

[] Dolor lumbar
[] Dolor en la espalda (entre el omóplato)
[] Dolor de Cuello
[] Tensión / Migraña
[] Cansado / Fatigado

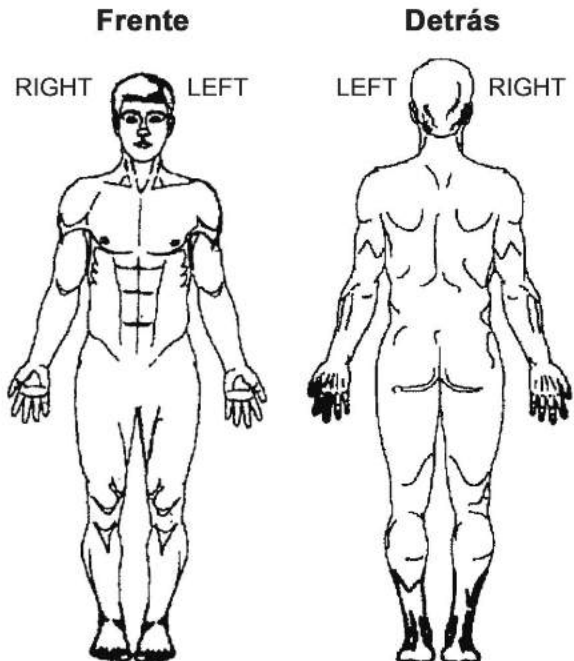
[] Tensión en la parte superior de los hombros
[] Entumecimiento / hormigueo en brazos o manos
[] Entumecimiento / hormigueo en piernas o pies
[] Mareos
[] Zumbido de oídos

[] Nervios
[] Dificultad para dormir
[] Alergias
[] Problemas digestivos
[] Problemas de peso
[] Otro: _____

DIAGRAMA DE DOLOR

complete el siguiente "diagrama de dolor" usando una letra para indicar sus áreas de dolor

- D. Dolor**
- E. Entumecer**
- H. Hormigueo**
- A. Ardor**
- R. Rigidez**



Iniciales _____

HISTORIAL MÉDICO

IMPACTO DE SUS SÍNTOMAS

Describa cómo este dolor está afectando su vida (ejemplos: no poder trabajar o hacer ejercicio, energía, productividad, autocuidado)

¿Qué le gustaría obtener de la atención quiropráctica? [] Resolver las condiciones existentes [] Bienestar general [] Ambos

¿Qué tan comprometido está para corregir este problema? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PUEDO VIVIR CON ESTE PROBLEMA QUIERO ARREGLAR ESTE PROBLEMA

TRAUMAS: HISTORIA DE LESIONES FÍSICAS

¿Lesiones notables en la infancia? [] Si [] No - Explique: _____

¿Alguna caída o lesión mayor como adulto? [] Si [] No -Explique: _____

Accidentes de Auto :[] Si [] No - Fecha: _____ - Lesiones? _____

Lesiones Deportivas [] Si [] No - Explique: _____

¿Hace ejercicio con frecuencia? [] Nunca [] 1-2x semana [] 3-5x semana [] A diario

¿Cómo duerme normalmente? [] De espalda [] Al Lado [] De estomago - Como se despierta: [] Renovado y listo [] Rígido y Cansado

¿Maneja larga distancias para el trabajo? [] Yes [] No - Cuantos minutos al dia? _____

¿Cuántas horas al día pasa sentado en enfrente de un computador, tableta o teléfono? _____

TOXINAS: EXPOSICIÓN QUÍMICA Y AMBIENTAL

¿Está tomando alguna medicación? [] Si [] No - Cuáles: _____

¿Consumes alcohol? _____ ¿Fumas cigarrillos? _____ ¿Consumes cafeína? _____ ¿Drogas recreativas? _____

¿Dieta balanceada? [] Raramente [] Ocasionalmente [] Moderadamente

ESTRÉS EMOCIONALES Y DESAFÍOS FÍSICOS

¿Estrés Personal? [] Bajo [] Medio [] Alto - ¿Estrés Ocupacional? [] Bajo [] Medio [] Alto

¿Experimenta fatiga y / o lucha por quedarse dormido? [] Nunca [] Raramente [] A veces [] Seguido [] Muy seguido

Mencione problemas con la flexibilidad (por ejemplo, ponerse zapatos / medias, Etc: _____

SOLO MUJERES:

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Sus períodos son regulares? [] Si [] No ¿Experimenta dolor del vientre? [] Yes [] No

Otros síntomas menstruales / hormonales: _____ - ¿Usa anticonceptivos? [] Si [] No

¿Está embarazada? [] Si [] No Cuántas semanas: _____ ¿Estás amamantando?: _____

Marque cualquiera de los siguientes condiciones que se aplican a su historial

Emocional y mental

- Depresión
- TDAH
- Alzheimer
- Trastornos de ira
- Desórdenes de ansiedad
- Autismo
- Desorden bipolar
- Desorden alimenticio
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de estrés postraumático
- Disfunciones sexuales
- Trastornos del sueño
- Abuso de sustancias
- Otro: _____

Salud musculoesquelética

- Artritis
- Disco herniado
- Enfermedad de Lyme
- Meningitis
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- Osteoporosis
- Enfermedad de Parkinson
- Artritis Reumatoide
- Ciática
- TMJ
- Otro: _____

Sensorial

- Catarata
- Sordera o pérdida de audición
- Oído zumbido
- Eccema
- Glaucoma
- Laringitis (crónica)
- Degeneración macular
- Psoriasis
- Vértigo
- Otro: _____

Gastrointestinales y Neurológicos

- Enfermedad de la vejiga
- Diabetes
- Alergia a la comida
- Fibromialgia
- Epilepsia
- Dolores de cabeza / migrañas
- Síndrome del intestino irritable (SII)
- Enfermedad del riñon
- Problemas hepáticos
- Úlceras estomacales
- Disfunción tiroidea
- Otro: _____

Las declaraciones hechas en este formulario son precisas según mi mejor recuerdo y permito que esta oficina me examine para una evaluación posterior. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del tutor o cónyuge: _____

Fecha: _____



NUESTRA MISIÓN: ofrecer a nuestros pacientes un enfoque de salud sin drogas y no quirúrgico que les permita alcanzar su mayor potencial ... ¡naturalmente!

ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO PARA NUEVOS PACIENTES

1. Todos los pacientes nuevos deben completar formularios de papeleo
2. Consulta con el Dr. Z para discutir tus problemas de salud
3. Examen y radiografías si es necesario, para determinar si el cuidado quiropráctico es apropiado para su condición
4. Si su caso requiere atención inmediata, se administrará atención de emergencia
5. Se le informará sobre el momento en que puede regresar para su cita de “Informe de hallazgos”, durante la segunda cita, el Dr. Z le informará los resultados de su examen y si su caso ha sido aceptado o no.
6. Se le explicará el plan del tratamiento recomendado junto con los arreglos financieros y la cobertura del seguro, según corresponda.
7. La atención comenzará y continuará según lo programado hasta que su condición se haya corregido completamente o hasta que se haya obtenido la mejoría máxima posible

CONSENTIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO

Doy permiso a Katy Elite Chiropractic para enviar notificaciones por mensaje de texto / correo electrónico sobre próximas citas, noticias y eventos.

Nombre: _____

Firma: _____

PERMISO DE FOTO/VIDEO A KATY ELITE CHIROPRACTIC

Le otorgo a Katy Elite Chiropractic y a sus empleados el derecho de tomar fotografías mías en relación con la promoción de servicios quiroprácticos a través de su sitio web, redes sociales y cualquier otra vía. Estoy de acuerdo en que Katy Elite Chiropractic puede usar tales fotografías mías para publicidad, ilustración, publicidad y contenido web.

Nombre: _____

Firma: _____

Política financiera

1. Citas / cancelaciones - Llegue 5 minutos antes para su cita. Cada paciente tiene programado un intervalo de tiempo individual. Si llega tarde o cancela sin previo aviso de 24 horas, esto ocasiona que otros pacientes sean atendidos tarde o se les niegue una cita cuando de lo contrario podrían ser atendidos. Usted será financieramente responsable de todas las citas perdidas o cancelaciones prematuras.
2. Todos los pagos serán hechos en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros acuerdos para los pagos del plan de tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express.
3. Habrá un cargo de \$ 25.00 por cheques devueltos debido a fondos insuficientes (NSF). Después de dos NSF, los cheques ya no pueden aceptarse como método de pago.
4. **Aseguranza privada:** nuestra oficina siempre hará todo lo posible para brindarle información precisa sobre los deducibles, copagos y otros gastos que su aseguranza puede requerir que pague. Siempre trataremos de hacer esto antes de que incurra en gastos, para que pueda tomar la decisión más informada posible con respecto a su salud y bienestar. Sin embargo, tenga en cuenta que la información que le brindamos es tan buena como la compañía de seguros que nos la brinda. Trabajamos con muchas compañías de aseguranza cada año; algunos son mejores que otros para proporcionar información precisa sobre los gastos del paciente. Nuestra oficina siempre intentará brindarle información sobre su cobertura que sea lo más completa y precisa posible. Independientemente de la información que brinde su compañía de seguros, la mejor manera de saber cuáles son sus niveles de cobertura es ver exactamente lo que pagan por su atención cuando envían un pago. Sabremos la respuesta dentro de aproximadamente 30 días después de haber mandado un reclamo. Recuerde en todo momento que el seguro es un contrato privado entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no tiene control sobre ella. En el raro caso de que su compañía de aseguranza no pague lo prometido, le informaremos lo antes posible para que pueda pagar la parte que le piden.
6. Las reclamaciones por lesiones personales / automóviles también se pueden manejar a través de su seguro de protección contra lesiones personales (PIP). Autorizo a Katy Elite a divulgar cualquier información médica y completar los informes habituales para ayudar a recopilar información de mi compañía de seguros.
7. **Medicare:** aceptamos asignaciones de Medicare PERO tiene una cobertura quiropráctica muy limitada. Cubre el 80% de los ajustes quiroprácticos después de que se cumpla el deducible de la Parte B. Medicare no cubre el costo del examen inicial, radiografías u otros servicios.
8. **Planes de Tratamiento:** no son transferibles. Si se ve involucrado en cualquier lesión resultante de accidente automovilístico, compensación de trabajadores, etc., su plan de atención se congelará hasta que haya sido liberado de cualquier reclamo de responsabilidad. También entiendo que, si suspendo o finalizo mi plan de atención y tratamiento, seré responsable de todos los servicios profesionales hasta ese momento y estos cargos serán pagaderos inmediatamente al momento de la suspensión / cancelación de la atención.
9. Entiendo que Katy Elite Chiropractic preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado para pagar directamente a Katy Elite Chiropractic se registrará en mi cuenta. 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.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLÍTICA DE PAGO:

NOMBRE: _____

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este formulario, solicito y consiento los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que pueden incluir, entre otros, modalidades físicas, radiografías, examen físico y tratamiento quiropráctico realizado por el Dr. Ammon Zukeran / Katy Elite Chiropractic y cualquier persona que trabaje en la práctica autorizada por el médico quiropráctico mencionado anteriormente.

Reconozco que no se han hecho ni se pueden hacer garantías con respecto a la probabilidad del éxito del resultado de cualquier evaluación, tratamiento, prueba, procedimiento o terapia realizada por el personal de quiropráctica Katy Elite.

“La quiropráctica se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.”

Los ajustes son realizados por quiroprácticos para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna y las extremidades. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una afección en la que una o más vértebras de la columna vertebral están desalineadas y/o no se mueven correctamente causando interferencia y/o irritación en el sistema nervioso. El objetivo principal en la atención quiropráctica es la eliminación y/o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento preciso y/o fuerza en la columna para reducir o corregir la (s) subluxación (s) vertebral (es). Hay varios métodos o técnicas diferentes por los cuales se realiza el ajuste quiropráctico. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado. Además, se pueden incluir fisioterapia o procedimientos de rehabilitación en el protocolo de manejo. Entre otras cosas, la atención quiropráctica puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida ”.

Además de los beneficios de la atención y el tratamiento quiropráctico, uno también debe ser consciente de la existencia de algunos riesgos y limitaciones de esta atención.

“Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor leve, molestias, dolor, esguince / distensión musculoesquelética y fracturas. Los riesgos asociados con la fisioterapia pueden incluir la reacción alérgica anterior y también el dolor muscular y / o articular ”.

_____ **INICIALES** Me han informado sobre la naturaleza y el propósito de la atención quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención y los riesgos de la atención, incluido el riesgo de que la atención no cumpla el objetivo deseado. Se han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, las consecuencias y la probable efectividad de cada uno. Me han informado las posibles consecuencias si no se recibe atención. Reconozco que no se me han hecho garantías con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento.

HE LEÍDO EL PÁRRAFO ARRIBA. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN SE HAN RESPONDIDO A MI SATISFACCIÓN. TENIENDO ESTE CONOCIMIENTO, AUTORIZO CON SATISFACCIÓN LA QUIROPRÁCTICA DE KATY ELITE PARA PROCEDER CON CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICOS.

Firma del Paciente

Fecha



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE CONFORMIDAD CON HIPAA Y CONSETIMIENTO PARA EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina de conformidad con HIPAA. El aviso está disponible en nuestro sitio web y también una copia en papel está disponible a pedido.

Para que nuestra oficina brinde CUALQUIER información a su pareja, cónyuge, padre, pariente u otro designado, debemos tener su permiso. (Esto incluiría horarios de citas, radiografías, recibos, registros de salud y cualquier otra información relacionada con su tratamiento). Puede indicar su permiso enumerando nombres aquí:

Mi información puede ser compartida con: (nombres de la lista):

Indique el nombre y la información de contacto de su médico de atención primaria con el fin de coordinar la atención con el médico quiropráctico.

(Nombre del médico de atención primaria): _____

Dirección y Teléfono: _____

Esta firma indica que acepto el uso de mi información de salud de manera consistente con el Aviso de prácticas de privacidad de conformidad con HIPAA, el manual de cumplimiento de HIPAA, la ley estatal y la ley federal.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

PADRE/ ENCARGADO DEL MENOR: _____

RELACIÓN: _____