

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  M,  F Seguro: \_\_\_\_\_ # de miembro: \_\_\_\_\_

A nombre de quien está el seguro? Quien es la persona primaria? \_\_\_\_\_

Cuál es la relación suya con esta persona? \_\_\_\_\_ Tiene la misma dirección?  Si,  No

Si no, cual es la dirección de esa persona? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera? \_\_\_\_\_

Historia Medica? Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Alta Presión  Alzhéimer \_\_\_\_\_

Diabetes  Parkinson \_\_\_\_\_

Cáncer  Riñones \_\_\_\_\_

Tiroides  Ulceras gástricas \_\_\_\_\_

Infarto cardiaco  Pancreatitis Cirugías Previas con fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

Reumatismo  infarto cerebral \_\_\_\_\_

Enfermedad vascular  Lupus \_\_\_\_\_

Enfermedad psiquiátrica \_\_\_\_\_

Colesterol alto \_\_\_\_\_

Historia Social: Casado / Soltero / Divorciado / Separado / Cohabitando

Historia Familiar:

Hijos: No / Si: Cuantos y Edad: \_\_\_\_\_

Madre: Viva / Fallecida \_\_\_\_\_

Empleado / Incapacitado / Desempleado / Retirado / Estudiante

Padre: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Fumador / No fuma / Ex fumador, cuanto tiempo fumo? \_\_\_\_\_

Hermano: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Alcohol: Nunca / Social / Diariamente

Hermano: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Drogas: Nunca / Ocasional / Diariamente / Marihuana recetada

Hermana: Viva / Fallecido \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DE DOLOR:

Localización	Intensidad: 0-10 0- no dolor 10- dolor severo	Duración: Aproximada fecha de inicio	Clase de dolor: Agudo, pesado, ardiente, pulsante, etc.	Frecuencia: Constante, frecuente, ocasional, intermitente	Empeora con? Caminar, estar de pie, acostado, levantando peso	Mejora con? Descanso, medicina, hielo, calor, masaje, parches
Cuello						
Dolor de cabeza						
Espalda media						
Espalda baja						
Trapecios						
Hombros						
Codo						
Muñeca o mano						
Cadera						
Rodilla						
Tobillo						
Pie						
Otra cosa						

Trauma: Si / No Especifique: \_\_\_\_\_

Radia su dolor: Si / No Especifique: \_\_\_\_\_

El Dolor limita su actividad? No / Si: \_\_\_\_\_

Ha tenido rayos X o Escaneos? No / Si:  
\_\_\_\_\_

Ha visto un ortopédico u otro especialista para este problema? No / Si: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía de la columna o inyecciones? No / Si: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Autorización: Yo he revisado la información de este formulario y esta precisa. Entiendo que esta información va a ser usada por la Doctora para determinar el tratamiento adecuado. Si hay algún cambio en mi estado medico yo le aviso a la Doctora. Yo autorizo que mi seguro le pague a la Doctora todos los beneficios debidos a mí por los servicios rendidos. Yo autorizo esta firma en todos los reclamos entregados al seguro. Yo autorizo que toda información necesaria sea proveída al seguro para asegurar pago de tales reclamos. Yo entiendo que yo soy responsable por todos los pagos sea o no sean pagos por mi seguro.

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

Esta póliza es mía  Esta póliza es de mí:  Esposo/a  Papa  Mama, Y  tienen la misma dirección

Tienen otra dirección: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado para la Atención Quiropráctica

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambos trabajemos para el mismo objetivo. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo (s) como el (los) método (s) que se utilizará para lograr este objetivo. Esto evitará cualquier confusión o decepción. Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre la condición y la atención recomendada que se le proporcionará para que tome la decisión de someterse o no a atención quiropráctica después de haber sido informado de los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

La quiropráctica es una ciencia, filosofía y arte que se ocupa de la relación entre la estructura espinal y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos entendemos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias.

Una alteración del sistema nervioso se llama subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras en la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto causa un cambio poco saludable en la función nerviosa y la interferencia al sistema nervioso. Esto puede provocar dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y/o reducen mediante ajustes quiroprácticos. Un ajuste es la aplicación específica de fuerza para corregir y/o reducir las subluxaciones vertebrales. Nuestro método quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna vertebral. El médico utiliza principalmente la Técnica de Zona y la Técnica Diversificada. Los ajustes se realizan a mano o por instrumento donde el médico ejercerá presión sobre el segmento específico (s) de la columna vertebral para ajustar las vértebras en una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de la atención nos encontramos con un hallazgo no quiropráctico o inusual, le informaremos de esos hallazgos y le recomendaremos algunas pruebas adicionales o lo derivaremos a otro proveedor de atención médica.

La atención quiropráctica ha demostrado ser muy segura y efectiva. Sin embargo, no es inusual estar adolorido después de sus primeros ajustes correctivos. Aunque es raro, es posible sufrir otros efectos secundarios; es decir, espasmos musculares, rigidez, fractura de costillas, dolor de cabeza y mareos.

Todas las preguntas sobre el objetivo del médico para mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas a la atención quiropráctica me han sido explicados. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y, por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

---

Nombre de impresión:

Firma:

Fecha:

### Aviso de privacidad de HIPPA

Al suscribir mi nombre a continuación, acuso recibo de una copia de este aviso de privacidad de HIPPA, y mi comprensión y mi aceptación de sus términos.

---

Firma del paciente:

Fecha:

### Política de cancelación

Su cita está reservada especialmente para usted. Por favor, notifique con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada. A partir del 1 de enero de 2025, a los pacientes que no notifiquen con al menos 24 horas de anticipación se les cobrará automáticamente una tarifa de **\$25 por cita perdida a la tarjeta registrada**. He leído y comprendido la Política de cancelación y el cargo automático.

---

Nombre de impresión:

Firma:

Fecha: