

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ Edad ____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono: Casa _____ Móvil _____

Estado civil: ☐ soltero/a ☐ casado/a Tiene Seguro medico? ☐ Si ☐ No Seguro principal: _____

Seguro medico secundario: _____ Nombre del asegurado _____

Nombre del Empleador _____ Ocupación: _____

Nombre de su Esposo/a _____ Nombre del Empleador de su esposo/a _____

Numero de Hijos y sus Edades _____ Recibe mensajes de text? ☐ Si ☐ No

Nombre de compañía de teléfono móvil _____

A quien podemos llamar en caso de una emergencia _____ Teléfono: _____

Relación a usted: _____

LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD EN ESTA SECCIÓN

Preocupaciones de Salud según su severidad.	Rango de Severidad 1 = suave 10 = severo	Cuando comenzó este episodio?	Ha tenido este problema antes, cuando?	Comenzó este problema con un accidente?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____

HA VISTO OTRO DOCTOR POR ESTAS CONDICIONES? ☐ SI ☐ NO

QUIROPRÁCTICO? _____ MÉDICO? _____ OTRO _____

QUIÉN Y CUANDO? _____

ENCIERRE CON UN CIRCULO TODOS LOS PROBLEMAS QUE TIENE:

-MAREO
-NAUSEA
-DOLOR DE CABEZA
-VERTIGO
-REFLUJO GÁSTRICO
-ENFERMEDAD DEL HIGADO
-INFECCIONES DE OIDO
-DOLOR DE CUELLO
-MIGRAÑAS
-ANXIEDAD
-SINUSITIS
-ASMA

-DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA
-CIÁTICA
-ADORMECIMIENTO EN LAS PIERNAS
-ADORMECIMIENTO EN LOS PIES
-DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA
-DOLOR DE CADERAS
-DOLOR EN LAS PIERNAS
-DOLOR EN LAS RODILLAS
-ÚLCERAS

-DOLOR DE GARGANTA
-PROBLEMAS DE TIROIDES
-ADORMECIMIENTO EN LOS BRAZOS
-ADORMECIMIENTO EN LAS MANOS
-PROBLEMAS MENSTRUALES
-PROBLEMAS DEL CORAZON
-PROBLEMAS ESTOMACALES

-DOLOR EN LOS HOMBROS
-FATIGA CRONICA
-LUPUS
-FIBROMIALGIA
-DOLOR EN EL PECHO
-DOLOR EN LOS BRAZOS
-ADD/ADHD
-PROBLEMAS DE LOS RIÑONES
-PROBLEMAS DE LA VEJIGA
-PROBLEMAS DIGESTIVOS

-NERVIOS
-EPILEPSIA
-PROBLEMAS DE DISCOS
-INFERTILIDAD
-TMJ

OTROS: _____

ENCIERRE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE O HA TENIDO:

DERRAME
CEREBRAL

CANCER

ENFERMEDAD
DE CORAZON

CIRUGÍA EN LA
COLUMNA

CONVULSIONES

FRACTURA EN LA
COLUMNA

ESCOLIOSIS

DIABETES

LISTE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE HA TENIDO Y EL AÑO CUANDO OCURRIERON:

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA CON O SIN PRESCRIPCIÓN:

¿CUANDO FUE SU ÚLTIMO ACCIDENTE

AUTOMOVILISTICO? _____

HA TENIDO CUIDADO QUIROPRÁCTICO ANTERIORMENTE? ☐ SI ☐ NO

SI LO HA TENIDO, LISTE EL NOMBRE DEL DR. & LA FECHA _____

ALGUNA VEZ HA QUEDADO INCONCIENTE? ☐ SI ☐ NO FRACTURADO UN HUESO? ☐ SI ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR DESCRIBELA _____

OTRO TRAUMA: _____

-
1. Fuma?: ☐ cigarrillos ☐ pipa ☐ cigarros Que tan seguido: ☐ Diario ☐ Fines de semana ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
 2. Uso de Bebidas Alcoholicas: Que tan seguido consume: ☐ Diario ☐ Fines de semana ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
 3. Uso de Drogas Recreativamente ☐ Diario ☐ Fines de semana ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
 4. Como le afecta su condición en poder hacer: pasa tiempos, actividades recreacionales o ejercicio: _____

ALGUNA PERSONA EN SU FAMILIA SUFRE SE DE LAS MISMAS CONDICIONES?: ☐ SI ☐ NO

SI ALGUEIN SUFRE DE LO MISMO, QUIEN?: ☐ ABUELA ☐ ABUELO ☐ MAMÁ ☐ PAPÁ ☐ HERMANA ☐ HERMANO ☐ HIJO ☐ HIJA

ALGUNA VEZ HAN SIDO TRATADOS POR ESTA CONDICIÓN?: ☐ SI ☐ NO ☐ NO SE

TIENE ALGUNA OTRA CONDICIÓN HEREDITARIA: QUE EL DOCTOR DEBERIA SABER: ☐ NO ☐ SI CUAL?: _____

Autorización y Asignación de Beneficios:

Por la presente, autorizo que el pago se realice directamente a Abundant Life Chiropractic por todos los beneficios que puedan pagarse en virtud de un plan de atención médica o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo la utilización de esta solicitud o copias de la misma con el propósito de procesar reclamos y efectuar pagos, y reconozco además que esta cesión de beneficios no me libera de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que seguiré siendo financieramente responsable ante Abundant Life Chiropractic por cualquier y todos los servicios que recibo es esta oficina.

Firma (del paciente) **X** _____ Fecha _____

Firma (del doctor) _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA LAS RADIOGRAFIAS

COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PARA SU SALUD, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SU HISTORIA QUIROPRÁCTICA.
NOSOTROS DEBEMOS MANTENER COPIAS DE SUS RADIOGRAFIAS EN NUESTROS ARCHIVOS.
SI USTED SOLICITA COPIAS, NOSOTROS LE DAREMOS UNA COPIA DE SUS RADIOGRAFIAS DESDE NUESTROS ARCHIVOS.

EL COSTO POR LAS COPIAS DE RADIOGRAFIAS EN UN DISCO COMPACTO ES DE \$15.00. ESTE CARGO TIENE QUE SER PAGADO CON ATICIPACION.

LAS RADIOGRAFIAS DIGITALES EN CD ESTARAN DISPONIBLES DENTRO DE 72 HORAS DE HABER RECIBIDO EL PAGO SEGUN NUESTRO HORARIO DE OFICINA.

POR FAVOR NOTE: LAS RADIOGRAFIAS SON UTILIZADAS EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A UBICAR Y ANALIZAR SUBLUXACIONES VERTEBRALES.

ESTAS RADIOGRAFIAS NO SON USADAS PARA INVESTIGAR PATOLOGIA MÉDICA. EL DOCTOR DE ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC NO DIAGNOSTICA O TRATA CONDICIONES MEDICAS; SIN EMBARGO, SI ALGUNA ABNORMALIDAD ES ENCONTRADA, NOSOTROS SE LO INDICAREMOS PARA QUE PUEDA BUSCAR LA AYUDA MEDICA APROPIADA.

AL FIRMAR ABAJO ESTA ACEPTANDO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES MENSIONADOS ANTERIORMENTE.

ESCRIBA SU NOMBRE AQUI _____

FECHA _____

X _____

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO _____

PACIENTES FEMENINOS UNICAMENTE: EN MI CONOCIMIENTO, **YO CREO NO ESTAR EMBARAZADA**
A LA HORA DE TOMAR LAS RADIOGRAFIAS EN ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC.

X _____

FIRMA

FECHA _____

NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA • NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA

SEX: MALE FEMALE

VIEW	KVP	MAS
LAT Cervical		
APOM		
AP Thoracic		
LAT Thoracic		
LAT Lumbar		
AP Lumbar		
Cervical Flexion/Extension		

XRAY TECH INITIALS _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, COMO TODAS LAS FORMAS DE SALUD OFRECE VENTAJAS CONSIDERABLES ASI COMO TAMBIÉN PODRÍA PROPORCIONAR ALGÚN NIVEL DE RIESGO. ESTE NIVEL DE RIESGO ES A MENUDO MUY MÍNIMA; EN CASOS MUY RAROS, ALGUNA LESIÓN HA SIDO ASOCIADA CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO. EL TIPO DE COMPLICACIONES QUE SE HAN REPORTADO SECUNDARIAS A LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA INCLUYE: ESGUINCE / DISTENSIÓN MUSCULAR, IRRITACIÓN DE ALGUNA CONDICIÓN DEL DISCO, Y RARA VEZ, FRACTURAS. UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS RARAS ASOCIADAS CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO CON UNA ESTADISTICA ENTRE UNA POR CADA MILLON O, UNA POR CADA DOS MILLONES, AJUSTES EN LA COLUMNA CERVICAL (CUELLO) PUEDE RESULTAR EN UNA LESIÓN VERTEBRAL QUE PODRÍA CAUSAR UN DERRAME CEREBRAL.

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO, TANTO COMO LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LOS AJUSTES QUIROPRÁCTICOS, Y OTROS PROCEDIMIENTOS PROVEIDOS EN ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC HAN SIDO EXPLICADOS A MI SATISFACCIÓN Y HE ESPRESADO MI ENTENDIMIENTO DE AMBOS A MI DOCTOR DESPUES DE CUIDADOSA CONSIDERACIÓN, DOY CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CUALQUIER METODO O TÉCNICA QUE EL DOCTOR DETERMINE NECESARIA PARA TRATAR MI CONDICIÓN.

X

FIRMA

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Términos de Aceptación

A fin de proveer un ambiente sano, una aplicación más efectiva de los procedimientos quiroprácticos y una mejor relación entre el paciente y el Doctor, es nuestro deber el darle a cada paciente una lista de parámetros y declaraciones que facilitaran nuestra meta de una salud óptima a través de quiropráctica.

Con este fin, pedimos que reconozca los siguientes puntos relacionados con el cuidado quiropráctico y los servicios ofrecidos en nuestra oficina.

- La quiropráctica es una ciencia muy específica, autorizada por la ley para atender preocupaciones y necesidades de su columna vertebral. La quiropráctica es una ciencia distinta y separada de la medicina.
- La quiropráctica busca maximizar el poder de sanación del cuerpo humano restableciendo el funcionamiento normal de los nervios mediante el ajuste de subluxaciones de la columna. Subluxaciones son desviaciones de la estructura de la columna vertebral que interfieren con el proceso normal de los nervios.
- El proceso de los ajustes de la quiropráctica, como está definida por ley en esta jurisdicción, implica la aplicación de un impulso específico dirigido a una región o regiones de la columna vertebral con la intención de corregir la posición de segmentos desalineados. Este es un procedimiento seguro y efectivo utilizado más de un millón de veces al día por Doctores quiroprácticos en los Estados Unidos.
- Una evaluación quiropráctica completa es parte del procedimiento normal. La meta de esta evaluación es identificar cualquier problema en la salud de la columna vertebral y necesidades quiroprácticas. Si durante el proceso, se observa alguna condición fuera del campo de la quiropráctica, el paciente será referido al proveedor o especialista apropiado de acuerdo con las indicaciones iniciales de su necesidad.
- La quiropráctica no busca competir o reemplazar a su Médico, Dentista o cualquier otro profesional de la salud. Ellos tienen la responsabilidad y el manejo de condiciones médicas. Nosotros no damos consejos acerca de tratamientos formulados por otros.
- Su cumplimiento con el cuidado quiropráctico, El cuidado en el hogar y un buen cuidado personal son importantes para obtener una sanción máxima y una salud optima a través de quiropráctica.
- Le invitamos a que sea honesto con los doctores sobre cualquier asunto relacionado con su cuidado en nuestra oficina, su naturaleza, duración, o costos en los que trabajamos para mantener un ambiente abierto y de apoyo.

INICIALES **X** _____

SI ESTE PERFIL DE SALUD ES PARA UN MENOR DE EDAD, PORFAVOR LLENE Y FIRME ABAJO EL CONCENTIMIENTO ESCRITO PARA UN

MINOR DE EDAD. **NOMBRE DEL MENOR:** _____

YO AUTORIZO AL DR. JACOB KRAGT Y QUALQUIERA DE LOS EMPLEADOS DE ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EVALUACIONES RADIOGRAFICAS, DAR CUIDADO CORRECTIVO Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRÁCTICOS ESPECIFICOS A MI MENOR/ NIÑO(A). A PARTIR DE ESTA FECHA, YO TENGO EL DERECHO LEGAL DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD DE MI MENOR/ NIÑO(A). SI MI AUTORIDAD DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR EL CUIDADO ES REVOCADO O ALTERADO, YO NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC.

FECHA

FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL

FIRMA DEL TESTIGO

RELACIÓN DEL GUARDIAN LEGAL CON EL MENOR

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA: (HIPAA RELEASE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Consentimiento para compartir información.

☐ Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, registros; examen que se me ha rendido, incluyendo información de reclamos.

Esta información debe ser compartida con las siguientes personas:

☐ Esposo (a) _____

☐ Hijo (a) _____

☐ Otra persona _____

☐ Deseo que no se compartá con ninguna persona esta información.

Esta autorización de compartir información se mantendrá en efecto hasta que yo lo determine y les de a saber por escrito.

Quiero recibir información de la siguiente manera:

Por favor llámeme ☐ en mi casa ☐ en el trabajo ☐ en mi teléfono móvil : _____

Si no se puede comunicar conmigo:

☐ Puede dejar mensaje.

☐ Solo deje mensaje diciendo que le devuelva la llamada.

☐ _____

Firma: **X** _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Notificación de Privacidad

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad en cuanto la protección de mi información de salud, bajo el acta del año 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede ser usada para:

1. Dirigir y planear mi tratamiento y seguimiento junto con todas las personas involucradas en este tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtener pagos que vienen de seguro de tercera responsabilidad.
3. Dirigir operaciones normales como evaluaciones de calidad y certificación del médico.

Reconozco que puedo solicitar su AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. También entiendo que puedo solicitar, por escrito que usted restrinja cómo se usa mi información privada para divulgar para llevar a cabo un tratamiento, pago u operación de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mi petición, pero si están de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con dichas restricciones.

X _____

Firma

Fecha

HISTORIA DE LA SALUD DE SU FAMILIA

ESTA FORMA ES PARA AYUDAR A LOS DOCTORES. PROPORCIONAR ESTA INFORMACION DE SU HISTORIAL DE SALUD ES IMPORTANTE PARA SU REVISION.

FECHA

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE AQUI

CONDICION	ESPOSO/A	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
DOLOR DE BRAZO					
ARTRITIS					
ASMA					
ADD/ADHD (PROBLEMA DE ATENCION)					
ALERGIAS					
PROBLEMAS DE ESPALDA					
ORINAR LA CAMA					
CANCER					
TÚNEL CARPIANO					
FALLECIDO					
DIABETES					
PROBLEMAS DIGESTIVOS					
PROBLEMS DE DISCOS					
INFECTIONS DE OIDO					
FIBROMIALGIA					
DOLORES DE CABEZA					
ACIDEZ					
PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
DOLOR DE CADERAS					
DOLOR DE PIERNAS					
PROBLEMAS MENSTRUALES					
MIGRAÑAS					
DOLOR DE CUELLO					
ESCOLIOSIS					
DOLOR DE HOMBROS					
PROBLEMAS DE SINUSITIS					
TMJ (PROBLEMAS DE MANDIBULA)					

ACTIVIDADES DE LA VIDA

Nombre del paciente _____

Por favor, identifique como su condición actual está afectando su capacidad para realizar las actividades que rutinariamente son parte de su vida:

ACTIVIDADES:	EFFECTO:
Cargar Comestibles	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Levantarse de estar sentado	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Subir Escaleras	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Cuidado de Mascotas	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Manejar	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Uso Extendido de la Computadora	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Caminar	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Levantar Niños	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Leer/ Concentrarse	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Bañarse	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Vestirse	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Afeitarse	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Dormir	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Sentarse	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Estar de Pie	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Trabajar en el Jardín	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Quehaceres domésticos Barrer/	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Pasar la aspiradora	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Lavar los trastes	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Lavar la ropa	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Sacar la basura	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Levantar Comestibles	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer
Otra actividad _____	☐ Ningún Efecto ☐ Doloroso (puede hacer) ☐ Doloroso (limite) ☐ No Puede Hacer

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Índice de Calificación Funcional

Nombre: _____ Fecha: _____

Solo para **problemas de cuello o espalda**.

Para poder evaluar adecuadamente su condición, debemos entender cómo **sus problemas de cuello o espalda** han afectado su capacidad para manejar las actividades diarias. Para cada uno de los siguientes elementos, **por favor circule el número que describa más detalladamente su condición en este momento**.

1. Intensidad del Dolor

0	1	2	3	4
Sin dolor	Leve	Moderado	Severo	Peor posible

2. Capacidad de dormir

0	1	2	3	4
Perfecto	Dificultad leve	Dificultad moderada	Muy Difícil	Totalmente difícil

3. Cuidado Personal (lavar, vestir, etc.)

0	1	2	3	4
Sin dolor	Leve	Moderado	Necesita ayuda	No puede hacer

4. Conducir O Viajar

0	1	2	3	4
Sin dolor en viajes largos	Leve en viajes largos	Moderado en viajes largos	Moderado en viajes cortos	Severo en viajes cortos

5. Trabajar

0	1	2	3	4
Puede hacer trabajo habitual y mas	Solo puede hacer trabajo habitual	Puede hacer 50% de trabajo habitual	Puede hacer 25% de trabajo habitual	No puede trabajar

6. Actividades

0	1	2	3	4
Puede hacer todo	Puede hacer mucho	Puede hacer algo	Puede hacer poco	No puede hacer nada

7. Frecuencia del Dolor

0	1	2	3	4
Sin dolor	Ocasional 25% del día	Intermitente 50% del día	Frecuente 75% del día	Constante 100% del día

8. Levantar

0	1	2	3	4
Sin dolor con peso pesado	Dolor con peso pesado	Dolor con peso moderado	Dolor con peso ligero	Dolor con cualquier peso

9. Caminar

0	1	2	3	4
Sin dolor; cualquier distancia	Dolor después de 1 milla	Dolor después de ½ milla	Dolor después de ¼ milla	Dolor constante al caminar

10. Estar de Pie

0	1	2	3	4
Sin dolor después de muchas horas	Dolor después de varias horas	Dolor después de 1 hora	Dolor después de ½ hora	Dolor constante cuando está de pie

Firma: _____

Total Score _____