

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

A favor IMPRIME Claramente

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: (Apellido, 1º, 2º) _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Código: _____

Email: _____ Estado Civil: Casado/Soltero/Otro Género: M / F

Fecha de Nac: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Esposa(o)/Pareja: _____ Hijos y Edades: _____

Referido por (*nombre*): _____

Familia Amistad Trabajo Doctor Otro: _____

-CMS requiere que proveedores dan reporte de ambos raza y etnicidad-

Etnicidad: No Hispano o Latino / Hispano o Latino / Otro / Elige no Responder

Raza: Blanco / Afroamericano / Otro / Elige no Responder

Estado de Fumar: A Diario / Algunos Días / Ex / Nunca

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

Relación: Nino / Padre / Esposo(a) / Otro: _____

Medico Primario: _____ Teléfono de Doctor: _____

INFORMACION FINANCIERA – *Por Favor Permitanos sacar fotocopia de su Tarjeta de Seguranza.*

Pago Propio (Efectivo) Seguro Médico Seguro Auto Otro (Explica Por Favor) _____

SEGURO PRIMARIO: _____ SEGURO SEGUNDARIO: _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Relación con el asegurado: Yo / Esposo(a) / Padre / Nino / Otro Relación con el asegurado: Yo / Esposo(a) / Padre /Nino/Otro

Queja Principal: _____

¿Cuándo Empezó (fecha)?: _____ Como Se Lastimó?: _____

¿Si este NO ES la primera vez, hace cuanto ha estado recurriendo este problema? _____

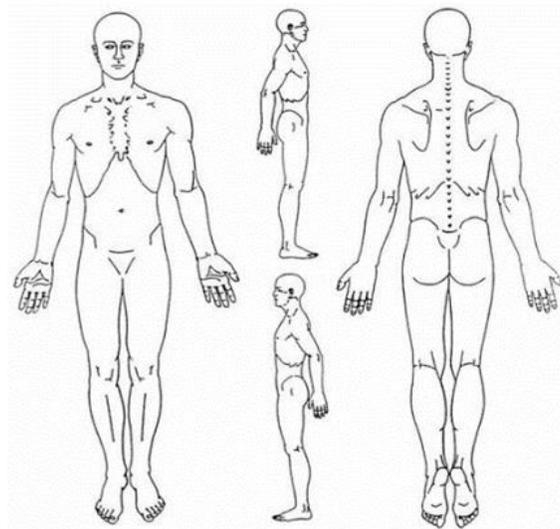
Intensidad: Ninguna (0) Leve (1-2) Leve-Mod (2-4) Moderado (4-6) Moderado-Severo (6-8) Severo (8-10)

Frecuencia de síntomas: Constante / Viene y va

¿Es el dolor? Agudo / Puñalada / Ardiente / Adolorido / Aburrido / Rígida & Doloroso Otro: _____

¿El dolor va a un lugar a otro? No / Yes de donde a dónde?: _____

MARQUE AL ÁREAS DE DOLOR:



¿Hay algo que lo hace mejor? Hielo / Calor / Descanso / Movimiento / Estiramiento / Medicamentos / Quiropráctico

¿Hay algo que lo hace peor? Sentarse / Estar de pie / Caminar / Acostarse / Dormir / Movimiento

¿Tratamiento Previo? Nadie / DC / MD / PT / Masaje / ER / Otro: _____

- Donde: _____

Pruebas Diagnósticas: Nada / X-rays / MRI / CT / Otro: _____ Cuando y Donde: _____

Quejas Adicionales: _____

¿Tiene una historia de lo siguiente alguien de su Familia INMEDIATO?: NINGUNO

Enfermedad del Corazón Quien _____ Embolia Quien _____

Cáncer Quien _____ Tipo _____ Otro: _____

HISTORIA DE SALUD: (Apúntelo, aunque sea más que 20 años)

Lesiones, Traumas o Hospitalizaciones: NINGUNA _____

Cirugías – Dato, Tipo y Razón: NINGUNA _____

Medicinas Actuales: ¿Trajiste una lista? ¿Podemos sacar copia? NINGUNA _____

Alergias a Medicinas: (reacciones) NINGUNA Vitaminas y Suplementos: (Apunte todos y frecuencia) NINGUNA

¿Está ACTUALMENTE experimentando unos de los síntomas siguientes? (Marque todos que aplican)

General:

- Recién Cambio de Peso
- Fiebre
- Fatiga
- Ninguno en esta Categoría

Musculoesquelético:

- Dolor de espalda baja
- Dolor de espalda media
- Dolor de Cuello
- Problemas del brazo
- Problemas de la pierna
- Huesos fracturados
- Espasmos Musculares
- Ninguno en esta Categoría

Neurológico:

- Entumecimiento o Hormigueo
- Pérdida de la sensación
- Mareos o Mareado
- Rompecabeza frecuente
- Convulsiones
- Jamás ha tenido una lesión en la cabeza?
- Accidente de Auto? Año: _____
- Ninguno en esta Categoría

Cardiovascular Y Corazón:

- Dolores en el pecho
- Pulso cardiaco irregular
- Problemas de presión arterial
- Hinchazón de manos, tobillos o pies
- Problemas del corazón
- Ninguno en esta Categoría

Genitourinario:

- Cálculos Renales
- Ardor/Dolor al miccionar
- Cambios al miccionar; fuerza/dificultad
- Micción Frecuente
- Incontinencia/Enuresis Nocturnal
- Sangre en la orina
- Ninguno en esta Categoría

Gastrointestinal:

- Pérdida del apetito
- Sangre en las heces
- Cambios en las evacuaciones
- Náuseas o vomito
- Dolores Abdominales
- Estreñimiento
- Ninguno en esta Categoría

SOLO MUJERES:

¿Está Embarazada?

- Si-Fecha de esperas: _____
- No-ultimo periodo menstrual: _____
- Periodo menstrual doloroso o irregular
- Fuga de orina con tos
- Fuga de orina con levantar cosas
- Ninguno en esta Categoría

Embarazos con resultados y fechas:

Otra condición que no está listada: _____

¿Hay algo más que quisiera que sepa el doctor? _____

He leído la información precedente y certifico que según mi saber y entender, la información indicada es verídica y correcta. Yo doy autorización a esta oficina y los doctores para dar el cuidado necesario. Elijo rechazar recibo de mi resumen clínico después de cada visita. (Por la naturaleza de quiropráctico y la frecuencia de tratamiento estos resúmenes a menudo están en blanco.)

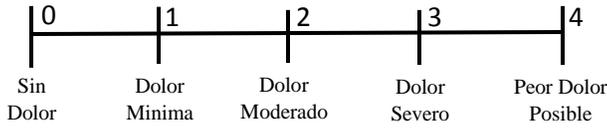
Firma del Paciente o Tutor _____ Fecha _____

Doctor Signature _____ Date _____

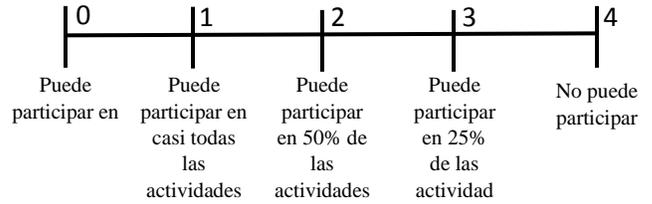
Escala de Dolor

Para poder asesar su condición, necesitamos entender como su condición ha afectado su habilidad de manejar sus actividades de diario vivir. Por favor circule el número que mas describa su condición hoy.

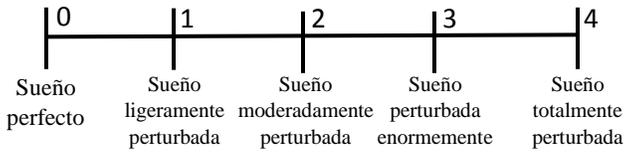
1. Intensidad de dolor



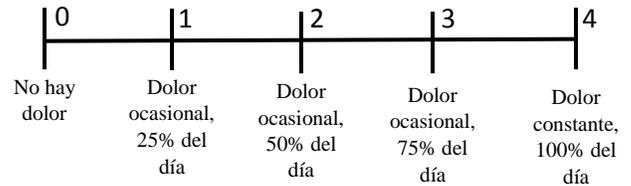
6. Recreaciones



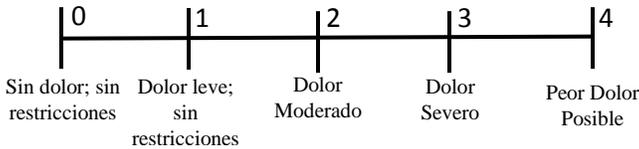
2. Durmiendo



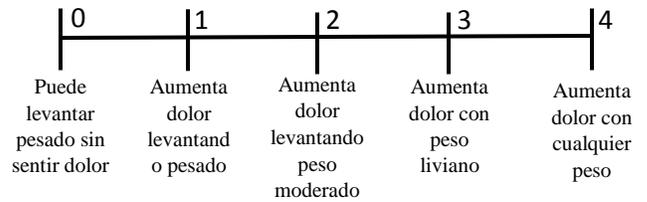
7. Frecuencia de dolor



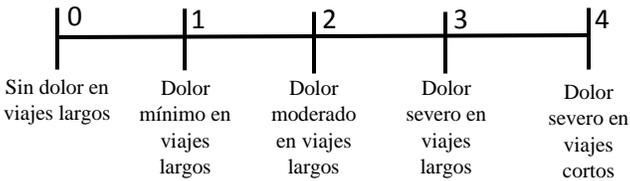
3. Cuidado Personal (lavándose, vistiéndose, etc.)



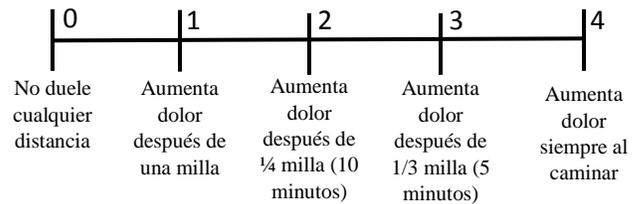
8. Levantando Cosas



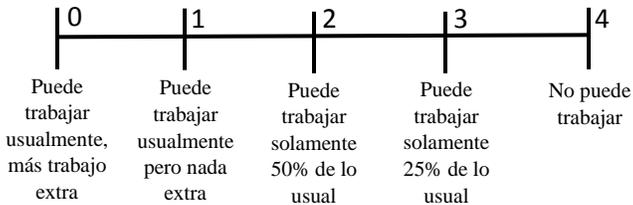
4. Viajando (manejando, etc.)



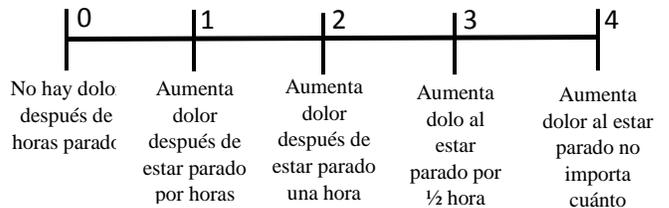
9. Caminando



5. Trabajo



10. Al Estar Parado



Firma Del Paciente

Fecha

Patient ID# _____

Total Score _____ / 40

Consentimiento Informado de Tratamiento Quiropráctico

Todd Harrison, DC
1118 12th Avenue South, Nampa, ID 83651
Phone: 208-965-8784

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho de ser informado sobre su condición, el tratamiento recomendado, y los riesgos potenciales relacionados con el tratamiento recomendado. Esta información le ayudara formar una decisión informada para realizarse el tratamiento. No es la intención de asustar o desalentarle, sino es un esfuerzo hacerle más informado para que usted puede dar o rehusar su consentimiento al tratamiento quiropráctico.

Yo solicito y consiento ajustes y otros servicios quiroprácticos, incluyendo varios modos de terapia física y rayos X diagnósticos. Los servicios quiroprácticos pueden ser realizados por el doctor de quiropráctico que se nombra abajo y/o otros doctores de quiropráctico que trabajan en esta clínica u oficina. Los servicios quiroprácticos también pueden ser realizados por otro doctor de quiropráctico alternativa por el doctor nombrado abajo.

Yo he tenido la oportunidad de discutir con el Doctor de Quiropráctico que se ha nombrado abajo, mi diagnosis, la naturaleza y el objetivo, los riesgos y beneficios de tratamiento de mi tratamiento quiropráctico, alternativas al tratamiento quiropráctico y los riesgos y beneficios del tratamiento alternativo, incluyendo ningún tipo de tratamiento.

Yo entiendo que, hay algunos riesgos con tratamiento quiropráctico incluyendo, pero sin limitarse a:

- Huesos rotos
- Dislocaciones
- Esguinces/Torceduras
- Aumento del dolor y síntomas
- No mejoría de síntomas y dolor
- Empeora/agravación de condición de la columna

En raros casos complicaciones de disecciones arterial (accidente cerebrovascular) cuando un paciente recibe un ajuste cervical. Las complicaciones reportado queden incluir mareos transitorios, nausea, parálisis, visión borrosa, el síndrome de locked-in (parálisis completo de músculos voluntarios in todas partes del cuerpo menos los que controlen movimiento de los ojos), y muerte.

No espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. También, yo entiendo que no se quede dar ninguna garantía o promesas con respecto a los resultados del tratamiento.

Yo he leído, o me han leído el consentimiento anterior. También, he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Recibí respuesta satisfactoria a todas mis preguntas. Al firmar a continuación, yo consiento al plan de tratamiento. Mi intención es que esta forma cubre el curso de tratamiento entero por mi condición actual.

Es llenado por el paciente:

Nombre Impreso

Firma del paciente

Fecha

Es llenado por el representante del paciente:

Nombre impreso del paciente

Nombre impreso del representante del paciente

Firma del representante del paciente

Relación/autoridad del representante

Fecha

Es llenado por el doctor o empleado:

Testigo a la firma del paciente

Traducido por

Revised 09-26-2019

Fecha

Fecha

Todd Harrison, D.C.
1118 12th Ave S, Nampa, ID 83651
Revisado 08.29.2015

Nombre del Paciente: _____ F.N.: _____ Fecha: _____

Antes que esta oficina puede proceder con cuidado quiropráctico, requiramos que usted lea y firme este forme indicando que usted entienda lo de abajo. Si usted rehúsa firmar este forme el doctor se reserva el derecho de rechazar de rehusar servicio.

AUTORIZACIONES: Al firmar a continuación, usted autoriza a Harrison Family Chiropractic completar una consultación y examinación.

AUTORIZACION FOR X-RAY WITH RELEASE: Al firmar a continuación usted reconoce que usted asume la responsabilidad económica de pagar por todos los servicios prestados. Usted entiende y acepta que pólizas de salud y accidente son un acuerdo entre la compañía de seguro y usted mismo., y que tal vez usted y es posible que deba pagar un cargo por los servicios recibido. Al firmo debajo usted acepta asignar beneficios a Harrison Family Chiropractic directamente para estar pagado por su compañía de seguros, abogado u otro tercero pagador. Al firmar a continuación usted confirma que este acuerda no puede ser revocado. El incumplimiento de esta obligación constituye una violación del contrato entre usted y esta oficina.

FORMULARIO DE RECLAMO CMS-1500: Al firmar a continuación usted reconoce y acepta que el formulario de reclamo CMS-1500 caja 12 y caja 13 indicara "Firma en Archivo". Caja 12 dice lo siguiente: "FIRMA DEL PACIENTE O PERSONAS AUTORIZADAS: Yo autorizo el uso de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación. También pido que cualquier pago de petición del seguro médico se beneficia a mi o el partido que acepta la asignación a continuación. Caja 13 dice lo siguiente: "FIRMA DEL ASEGURADO O PERSONAS AUTORIZADAS: Yo autorizo pagos de beneficios médicos al doctor u otro proveedor de servicios apuntado debajo."

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Nos comprometemos a proteger su información personal de salud. A veces es necesario que le contacta nuestra ofician sobre asuntos de la oficina. Al firmar a continuación usted autoriza esta oficina contactarle sobre asuntos de oficina por las siguientes maneras: teléfono de trabajo, casa o celular, correo electrónico y correo regular. Nos permiten dejar un mensaje por teléfono en una maquina contestadora/mensaje de voz o con la persona que contesta la llamada en su teléfono de celular-casa-trabajo. También, de acuerdo con los seguros de salud Portabilidad y ley de responsabilidad de 1996 (HIPPA), actualizado hasta el 23 de Setiembre 2013, esta oficina está obligado proporcionarle una copia de las directivas de privacidad y procedimientos de la oficina bajo solicitud. Este documento describe el uso y limitación de la divulgación de su información personal de salud y los derechos que tiene como paciente. Al firmar a continuación usted reconoce que me han ofrecido una copia de este documento.

RECONOCIMIENTO DE PLAN DE TRATAMIENTO: Al firmar a continuación yo reconozco, si acepto tratamiento, puedo ser presentado un plan de tratamiento quiropráctico resultando en uno o más de lo servicios siguientes: ajustes quiroprácticos, examinaciones, y terapias de apoyo.

RECONOMICIENTO: Al firmar a continuación usted reconoce que usted entiende y está de acuerdo con estés policías y procedimientos como están escritos en este documento de TERMINOS de ACEPTACION. Al firmar a continuación usted reconoce y certifica que toda la información dado a esta oficina/proveedor en los formes de ingreso verdadero y correcto según mi conocimiento

Firma del Paciente/Padre o Tutor: _____