



INFORMACIÓN

Apellido _____ Nombre _____ Apodo _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Género: Masculino Femenino Estado: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre de su esposo(a) _____ Hijos No Sí: Nombres _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Celular _____ Teléfono de la casa _____

Correo electrónico _____ Método preferible para contactarlo(a) Celular Correo

Ocupación _____ Empleador _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono del contacto de emergencia _____

ESTILO DE VIDA

¿Hace usted ejercicio? No Un poco Bastante

¿Qué actividades físicas le gusta hacer? _____

¿Cuánto usted duerme?: Bien poco Un poco Normal Bastante bien Excelente

¿Tiene usted algún tipo de problema emocional? No Sí: _____

¿Cómo se siente usted con respecto a la Quiropráctica?

Escéptico(a) Curioso(a) Apasionado(a) Indiferente Nervioso(a) Emocionado(a)

SÍNTOMAS

Marque todas las que apliquen

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda media | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en los brazos | <input type="checkbox"/> Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> Dolor de caderas |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en las manos | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Dolor de piernas |
| <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Dolor en los brazos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en los pies |
| <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Dolor de rodillas |
| <input type="checkbox"/> TMJ | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Infección de oído | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Lupus | | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga |

Mencione las 2 preocupaciones de salud principales	Severidad 1=Leve 10=Muy fuerte	¿Cuándo comenzaron los síntomas?	¿El problema comenzó con algún accidente?	¿Los síntomas son constantes o intermitentes?
1.				
2.				

Notas (Asistente de quiropráctica solamente):

ESCALA DE DOLOR

En una escala del 1-10, 10 siendo el peor dolor:

1. ¿Cómo está su nivel de dolor **ahora mismo**? _____
2. ¿En qué nivel está su dolor **usualmente**? _____
3. ¿En qué nivel está su dolor en su **peor** momento (cuán cerca del 10)? _____

HISTORIAL MÉDICO

Liste todos los medicamento que ingiere con o sin prescripción _____

Liste todas las cirugías que ha tenido y el año _____

¿Ha estado usted en algún accidente de carro? No Sí: Fecha(s) _____ ¿Lesión? _____

¿Ha padecido o padece de alguna de estas condiciones de salud? Derrame cerebral Cáncer

Problemas cardiovasculares Cirugía en la columna Convulsiones Fractura en la columna

Escoliosis Diabetes Fractura Caídas Concusión

¿Ha estado usted alguna vez bajo cuidado quiropráctico? No Sí

Si lo ha tenido: ¿Dónde? _____ Fecha del último ajuste _____

¿Por qué busca cuidado quiropráctico? Corrección de la columna Aliviar el dolor

Mantener salud Mejor rendimiento Mejorar calidad de vida

¿Cuál es su meta primordial con el cuidado quiropráctico? _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (Marque todas las que apliquen)

Condición	Espos(a)	Hijo	Hija	Madre	Padre
Artritis					
Déficit de atención					
Enuresis					
Cáncer					
Túnel carpiano					
Fallecido(a)					
Diabetes					
Problemas digestivos					
Infección de oído					
Fibromialgia					
Presión alta					
Migrañas					
Escoliosis					

SEGURO MÉDICO

Seguro médico **primario** _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identificación _____ Número de grupo _____

Seguro médico **secundario** _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identificación _____ Número de grupo _____

Pólizas y cargos por servicios

Consulta- Incluye el historial médico (este servicio es gratuito)

Evaluación- (pacientes nuevos o establecidos)- Incluye uno o varios de los siguientes: termografía, evaluación muscular, rango de movimiento, movimiento y/o palpación estática (\$50-\$100).

Ajuste quiropráctico- El acto de re-alinear las vértebras de la columna de forma manual o mediante un instrumento. En muchas ocasiones se puede escuchar un sonido mientras se realiza un ajuste, sin embargo, la ausencia de un sonido mientras se realiza un ajuste no es indicativo de que el ajuste no fue realizado (\$40-\$70).

Radiografías- Tomas específicas de imágenes radiológicas de la columna vertebral para determinar la desalineación/subluxación de las vértebras. Las mismas pueden ser utilizadas también para medir el progreso después de un periodo de cuidado correctivo. El costo puede variar según su seguro médico, de lo contrario tendrían un costo de \$50 por imagen (cervical, torácica y/o lumbar) usando el descuento federal.

Autorización/Asignación de beneficios

Yo autorizo y solicito el pago de los beneficios del seguro directamente a Andres Julia, D.C. Entiendo que esta autorización cubrirá todos los servicios recibidos hasta que yo revoque la autorización. Entiendo que una copia de este formulario puede ser utilizado en lugar de la original. Todos los servicios profesionales recibidos se cobran al paciente. Se pagará por los servicios al momento de ser recibidos a menos que otros arreglos se hayan hecho con anterioridad. Entiendo que soy financieramente responsable de cubrir los gastos que mi seguro médico no cubra por esta asignación.

Firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LAS RADIOGRAFÍAS

COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PARA SU SALUD, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SU HISTORIAL QUIROPRÁCTICO. POR ESA RAZÓN, NOSOTROS DEBEMOS MANTENER COPIA DE SUS RADIOGRAFÍAS EN NUESTRA OFICINA.

LAS RADIOGRAFÍAS SON UTILIZADAS PARA LOCALIZAR Y ANALIZAR LAS SUBLUXACIONES. SU HISTORIAL MÉDICO Y LOS EXÁMENES AYUDAN A LOS DOCTORES A DETERMINAR SI LAS RADIOGRAFÍAS SON NECESARIAS PARA SU CASO. ESTAS RADIOGRAFÍAS NO SON UTILIZADAS PARA INVESTIGAR PATOLOGÍA MÉDICA. LOS DOCTORES DE ABUNDANCE CHIROPRACTIC NO DIAGNOSTICAN O TRATAN CONDICIONES MÉDICAS. SIN EMBARGO, SI ALGUNA ABNORMALIDAD ES ENCONTRADA, NOSOTROS SE LO INDICAREMOS PARA QUE ASÍ PUEDA BUSCAR AYUDA MÉDICA APROPIADA. SI USTED SOLICITA COPIAS DE SUS RADIOGRAFÍAS, DEBE PEDIRLAS CON AL MENOS 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN Y NOSOTROS LE DAREMOS UNA COPIA DE NUESTROS ARCHIVOS. EL COSTO DE LAS RADIOGRAFÍAS EN UN DISCO COMPACTO ES DE \$15.

AL FILMAR A CONTINUACIÓN ESTOY AFIRMANDO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Firma _____ Fecha _____

PACIENTES FÉMINAS SOLAMENTE: RECONOZCO QUE NO ESTOY EMBARAZADA AL MOMENTO DE TOMARME LAS RADIOGRAFÍAS EN ABUNDANCE CHIROPRACTIC.

Firma _____ Fecha _____

ABUNDANCE CHIROPRACTIC AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta oficina debe notificarle por escrito que, por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Además, debemos proporcionarle un aviso por escrito sobre sus derechos para acceder a su información de salud y las circunstancias potenciales en las cuales, por ley, o según lo exija nuestra política de la oficina, podemos divulgar su información a un tercero sin su autorización. A continuación se muestra un breve resumen de estas circunstancias. Si desea una explicación más detallada, se le proporcionará una. Además, encontrará que hemos colocado varias copias con más información de esto en la recepción etiquetadas como 'HIPAA'. Una vez que haya leído este aviso, firme la última página y devuelva solo la página de la firma a nuestra recepcionista. Mantenga esta página para sus registros.

DIVULGACIONES PERMITIDAS:

1. Objetivos del tratamiento: discusión con otros proveedores de salud médica que participan en su atención.
2. Divulgaciones involuntarias: el área de tratamiento abierta significa discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el Doctor, comuníquese con alguien del equipo de trabajo para que el/ella lo ubique en un cuarto de consulta privado.
3. Para fines de pago: para obtener el pago de su compañía de seguros o de cualquier otra fuente de garantía.
4. Para fines de compensación de los trabajadores: para procesar un reclamo o ayuda en la investigación
5. Emergencia: en caso de una emergencia médica, podemos notificar a un miembro de la familia.
6. Para la salud y seguridad pública: para prevenir o disminuir una amenaza grave o eminente a la salud o seguridad de una persona o público en general.
7. A agencias gubernamentales o agentes de la ley: para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
8. Para fines militares, de seguridad nacional, de prisioneros y de beneficios gubernamentales.
9. Personas fallecidas: discusión con médicos forenses y examinadores médicos en caso de fallecimiento de un paciente.
10. Llamadas telefónicas o correos electrónicos y recordatorios de citas: podemos llamar a su casa y dejarle mensajes sobre una cita perdida o informarle sobre cambios en las horas de práctica o próximos eventos.
11. Cambio de propiedad: en caso de que se venda esta práctica, los nuevos propietarios tendrían acceso a su información.

SUS DERECHOS:

1. Recibir un informe de los servicios recibidos.
2. Recibir una copia detallada del "Aviso de Prácticas de Privacidad."
3. Solicitar correos a una dirección diferente a la de residencia.
4. Solicitar restricciones en ciertos usos, divulgaciones y con quién revelamos información, aunque no estamos obligados a cumplir. Sin embargo, si estamos de acuerdo, la restricción se aplicará hasta que notifique por escrito su intención de eliminarla.
5. Inspeccionar sus registros y recibir una copia de sus registros sin cargo pero con aviso previo.
6. Solicitar modificaciones a la información. Sin embargo, al igual que las restricciones, no estamos obligados a aceptarlas.
7. Obtener una copia de sus documentos/archivos sin cargos cuando se notifique con al menos 72 horas de anticipación. Las radiografías son registros originales, por lo tanto, no tiene derecho a ellas. Si a usted le parece más beneficioso enviar las imágenes a un centro específico de imágenes para que nos hagan copias, con mucho gusto lo haremos. Sin embargo, usted se hará cargo de este costo.

RECLAMACIONES:

Si desea presentar una reclamación formal sobre cómo manejamos su información de salud, favor de llamar al Dr. Andres Julia al (727) 201-2271. Si no está disponible, puede hacer una cita con nuestra recepcionista para verlo dentro de las 72 horas o 3 días laborables. Si aún no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja su reclamación, puede enviar una reclamación formal a:

DHHS, Office of Civil Rights 200 Independence Ave. SW Room 509F HHH Building Washington DC 20201

He recibido una copia del "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD." Entiendo mis derechos, así como también los procedimientos para proteger mi información de salud, y he transmitido mi comprensión de estos derechos y deberes al Doctor. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de enmendar este "Aviso de Prácticas de Privacidad" en algún futuro y que las nuevas disposiciones entren en vigencia según lo establecido.

Soy consciente de que tengo disponible una versión más completa de este "Aviso" y que hay varias copias guardadas en el área de recepción. En este momento, no tengo ninguna pregunta con respecto a mis derechos.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, COMO TODAS LAS PROFESIONES DE SALUD, OFRECE VENTAJAS CONSIDERABLES ASI COMO TAMBIÉN PODRÍA PROPORCIONAR ALGÚN NIVEL DE RIESGO. ESTE NIVEL DE RIESGO ES A MENUDO MÍNIMO Y EN CASOS MUY RAROS, ALGUNA LESIÓN HA SIDO ASOCIADA CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO. LOS TIPOS DE COMPLICACIONES QUE SE HAN REPORTADO RELACIONADAS 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 Y CON UNA ESTADÍSTICA ENTRE UNA POR CADA MILLÓN O, UNA POR CADA DOS MILLONES SON LOS AJUSTES EN LA COLUMNA CERVICAL (CUELLO) QUE PUEDE RESULTAR EN UNA LESIÓN VERTEBRAL QUE PODRÍA CAUSAR UN DERRAME CEREBRAL.

ANTES DE RECIBIR ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA EN ESTA OFICINA, UNA CONSULTA DE SU HISTORIAL MÉDICO Y UN EXAMEN FÍSICO SERÁ COMPLETADO. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON REALIZADOS PARA EVALUAR SUS CONDICIONES ESPECÍFICAS, SU SALUD GENERAL Y EN PARTICULAR LA SALUD DE SU COLUMNA VERTEBRAL. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON PARA DETERMINAR SI EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO ES NECESARIO, O SI ES NECESARIO MÁS EXÁMENES O ESTUDIOS. ADEMÁS, NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI HAY ALGUNA RAZÓN PARA MODIFICAR SU ATENCIÓN O PROPORCIONARLE UNA REMISIÓN A OTRO PROVEEDOR DE SALUD. TODOS LOS RESULTADOS RELEVANTES SERÁN REPORTADOS A USTED JUNTO CON UN PLAN DE CUIDADO ANTES DE COMENZAR.

YO ENTIENDO Y ACEPTO QUE HAY RIESGOS ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA. AUTORIZO LOS EXÁMENES QUE EL DOCTOR CONSIDERE NECESARIOS Y TAMBIÉN AL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, INCLUYENDO LOS AJUSTES VERTEBRALES DESPUÉS DE MI EVALUACIÓN.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Firma del guardián (si es menor) _____ Firma del miembro de la oficina _____

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN

A FIN DE PROVEER UN AMBIENTE SANO, UNA IMPLEMENTACIÓN MÁS EFECTIVA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS Y UNA MEJOR RELACION ENTRE EL PACIENTE Y EL DOCTOR, ES NUESTRO DEBER EL DARLE A CADA PACIENTE UNA LISTA DE PARÁMETROS Y DECLARACIONES QUE FACILITARÁN NUESTRA META DE UNA SALUD ÓPTIMA A TRAVÉS DE LA QUIROPRÁCTICA.

CON ESTE FIN, PEDIMOS QUE RECONOZCA LOS SIGUIENTES PUNTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO Y LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN NUESTRA OFICINA.

1. 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.
2. 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. LAS SUBLUXACIONES SON DESVIACIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL QUE INTERFIEREN CON EL PROCESO NORMAL DE LOS NERVIOS.
3. 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.
4. LA QUIROPRÁCTICA NO BUSCA REEMPLAZAR O COMPETIR CON OTRAS PROFESIONES DE SALUD (MÉDICO, DENTISTA, ETC.). ELLOS TIENEN LA RESPONSABILIDAD Y EL MANEJO DE CONDICIONES MÉDICAS. NOSOTROS NO DAMOS CONSEJOS ACERCA DE TRATAMIENTOS FORMULADOS POR OTROS.
5. SU CUMPLIMIENTO CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR ES ESENCIAL PARA OBTENER UNA SALUD ÓPTIMA.
6. LE INVITAMOS A QUE SEA HONESTO CON LOS DOCTORES SOBRE CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON SU SALUD, CUIDADO EN NUESTRA OFICINA, DURACIÓN, O COSTOS EN LOS QUE TRABAJAMOS PARA MANTENER UN AMBIENTE ABIERTO Y DE APOYO.

AL FILMAR A CONTINUACIÓN ESTOY AFIRMANDO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Firma _____ Fecha _____