HigherHealth chiropractic

Formulario de Salud para Adultos

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____/_____/_____

Dirección: _____ Numero de casa: _____

_____ Numero de celular: _____

_____ Numero de casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____/ _____/_____ Porfavor circule uno: Hombre/Mujer Casado(a) / Soltero(a) / Viudo(a) / Divorciado(a)

Cómo se enteró de nosotros? _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico del Trabajo: _____

Otros miembros de familia: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono de contacto de emergencia: _____

Información de Seguro

(Por favor, entregar su tarjeta de seguranza y licencia de conducir a la recepción para verificar su benificios)

Seguranza Primaria: _____ Nombre de Suscriptor: _____

Occupación: _____Empleador: _____

Número de S.S. _____ Fécha de Nacimiento: ____/_____/_____

Servicios Quiroprácticos Rendidos

- **Consultación-** incluye el historial de miembros de práctica. Este servicio es gratuito.
- **Examinación (nuevo paciente o paciente establecido)-**incluye uno o mas de los siguientes: Termografia, Electromiografia superficial, rango de movimiento, palpación estática, conprobacion de la pierna.
- **Ajustes Quiropracticos –** La re-alineacion de la vertebra. El instrumento es usado para hacer el ajuste espinal. 1 a 3 ajustes especificos se realizara por cita.
- **Radiografias –** Radiografias especificos de su espina verteral para determinar un desalineamiento/subluxación de las vertebras. Estos Radiografias seran utilizadas para indicar progreso despues de comenzar tratamiento.

****Todos los cambios seran revisados y autorizados por el miembro de la practica antes de que se represente cargos.**

Liberación de Autorización y Benefícios

Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el proceso de los reclámos de aseguranza. Yo autorizo y solicito el pago de los beneficios del seguro directamente a los doctores. Acepto que esta autorizacion va a cubrir los servicios rendidos hasta que revoque la autorizacion. Estoy de acuerdo que una copia de este formulario puede utilizarse en lugar del original. Todos los servicos professionales rendidos seran cobrados a el paciente. Es costumbre pagar por los servicios que seran rendidos a menos que se hayan hecho otros arreglos. Entiendo que yo soy responsible finacieramente por cargos no cubiertos por esta asignacion.

Firma _____Fecha_____

HigherHealth chiropractic

Iniciales: _____ Fecha: _____

Informacion confidencial del paciente

Esta informacion es confidencial. Si no creemos sinceramente que su problema respondera favorablemente, no aceptaremos su caso. Le referiremos a un profecional de salud que creemos que le ayudara. Para que entendamos sus problemas de salud adecuadamente, por favor llene este formulario completamente.

A quien podemos agradecer por referirnos aqui hoy? _____

Has ido a una oficina de quiropractico antes? Si / No Cuando fue su ultima visita? _____

En una escala de 1 a 10, con un 10 siendo el mayor, califique su nivel de compromiso en ayudarnos a resolver este problema: _____

Problemas de salud:

Problemas de salud: En orden de Importancia	Severidad 1=Mediano 10=Insoportable	Cuanto tiempo ha tenido esto?	Esto comenzo con una herida?	Has tenido esto antes?	Es constante o va/viene?
1._____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3._____	_____	_____	_____	_____	_____
4._____	_____	_____	_____	_____	_____

OTRAS/NOTAS:

¿Cómo afectan sus preocupaciones de salud en su vida diaria (actividades diarias, vestirse, etc.)?

_____

Sabias que? La tecnica de liberacion de torque es la tecnica quiropractica mas investigada

Iniciales: _____ Fecha: _____

Historia principal de quejas

1. ¿Cómo describirías el dolor?

☐ Agudo ☐ Adolorido ☐ Palpitaciones ☐ Hormigueo ☐ Dolor leve
☐ Rigidez ☐ Espasmo ☐ Quema ☐ Dolor Intenso ☐ Debilidad
☐ Entumecimiento

2. ¿Viaja el dolor a otro lugar en su cuerpo? ☐ Si ☐ No
Describalo: _____

3. Que frecuente son los dolores?

Constante (81 – 100%) Frecuente (51 – 80%) Ocasional (26 – 50%) Intermediante (25% o menos)

4. Desde que comenzo el dolor, se a mejorado, empeorado o se ha mantenido igual? _____

5. Que empeora su dolor?

☐ Nada ☐ Caminar ☐ Estar en pie ☐ Sentarse ☐ Hacer ejercicio ☐ Acostarse ☐ Otro

Si tiene otro, porfavor explique: _____

6. Ha visto a alguien mas por este problema de salud? (Doctor Medico, Quiropractico, etc.) quien? _____
_____

7. Porfavor apuntar todos los medicamentos que este tomando y para que:
_____
_____
_____

8. Porfavor apuntar una lista de fracturas, cirugias o hospitalizaciones usted ha tenido y cuando:
_____
_____

9. Porfavor apunte cualquier accidente automovilistico o heridas en las que ha tenido:
_____
_____

Sabías qué? El primer ajuste quiropractico occurio en 1895.

CONSENTIMIENTO PARA UN NINO/MENOR DE EDAD

SI ESTE PERFIL DE SALUD ES PARA UN NINO O MENOR, PORFAVOR LLENAR Y FIRMAR ABAJO

NOMBRE DE PACIENTE QUE ES MENOR/NINO: _____

AUTORIZO AL DR. ANDREW WHITE Y A CUALQUIER EMPLEADO DE QUIROPRACTIC INC. DE SALUD MAYOR PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EVALUACIONES RADIOGRAFICAS, CUIDADO QUIROPRACTICIA DE RENDER Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRACTICOS A MI MENOR/HIJO. A PARTIR DE ESTA FECHA, TENGO DERECHO LEGAL A SELECCIONAR Y AUTORIZAR SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD PARA MI MENOR/HIJO.
SI MI AUTORIDAD PARA SELECCIONAR Y AUTORIZAR CUIDADO ES REVOCADO O ALTERADO, NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A HIGHER HEALTH CHIROPRACTIC.

FIRMA DE GUARDIAN _____FECHA_____

RELATION DEL GUARDIAN AL MENOR/NINO _____

FIRMA DEL TESTIGO (EMPLEADO DE OFICINA) _____

Sabias que? Hay 24 huesos moviles en la columna vertebral.

Iniciales: _____ Fecha: _____

10. Porfavor marque cualquiera de las condiciones que apliquen a usted (o su familia):
- Escriba la letra C si el problema es actual o P para el problema pasado:

	Usted mismo	Esposo(a)	Niños	Madre	Padre
Reflujo ácido					
Artritis					
Asma					
Condición cardíaca					
Problemas de Disco					
Mareos					
Infecciones de oído					
Epilepsia					
Desmayos					
Fatiga					
Dolores de Cabeza					
Síndrome del Intestino Irritable					
Condición renal					
Enfermedad Hepática					
Lupus					
Irregularidad Menstrual					
Migrañas					
Náuseas					
Nerviosismo					
Entumecimiento					
Ciática					
Sinusitis					
Rigidez					
Problemas del estómago					
TMJ					
Úlceras					
Vértigo					

Sabías qué? El primer ajuste quiropractico occurio en 1895.

CONDICIONES DE ACEPTACION:
Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptamos a un paciente para tal atención, es esencial que ambos trabajen hacia el mismo objetivo.
Quiropráctico tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo como el procedimiento que se utilizará para alcanzarlo. Esto evitará cualquier confusión o decepción.

AJUSTE: Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de subluxaciones vertebrales. Nuestro procedimiento quiropráctico de corrección es mediante ajustes específicos en la columna vertebral.

SALUD: Un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no sólo la ausencia de enfermedad o enfermedad.

SUBLUXATION VERTEBRAL: Una desalineación de una o más de las 24 vértebras en la columna vertebral que provoca la alteración de la función nerviosa y la interferencia en la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una menor de la capacidad innata del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.

No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad o condición que no sea subluxaciones vertebrales. Sin embargo, si durante el curso del examen quiropráctico de la columna vertebral, nos encontramos con hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le aconsejaremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendamos que busque los servicios de otro proveedor de atención médica.

Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no nos ofrecemos a tratarla. Tampoco ofrecemos consejos sobre el tratamiento prescrito por otros. NUESTRO SOLO OBJETIVO DE PRACTICA es eliminar una interferencia importante a la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único procedimiento es un ajuste específico para corregir subluxaciones vertebrales.

Yo, _____ he leído y comprendido completamente las declaraciones anteriores. Todas las preguntas sobre los objetivos del médico relacionadas con mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción.

Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

Firma _____ **Fecha** _____

Aviso de reconocimiento de practicas de Privacidad

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
2. Obtener el pago de terceros pagadores
3. Llevar a cabo operaciones de atention medica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones medicas.

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 restrinja la forma en que mi información privada se utiliza para divulgarla para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la operación de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Firma _____ **Fecha** _____

Sabias que? Hay 24 huesos moviles en la columna vertebral.

AUTORIZACION DE RADIOGRAFIAS

COMO SU PROVEEDOR DE SALUD, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SUS REGISTROS QUIROPRACTICOS. DEBEMOS MANTENER UN REGISTRO DE SUS RAYOS X EN NUESTROS ARCHIVOS. A SU SOLICITUD, LE PROPORCIONAREMOS UNA COPIA DE LOS RAYOS X DE NUESTROS ARCHIVOS.

TENGA EN CUENTA: LOS RAYOS X SE UTILIZAN EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A LOCALIZAR Y ANALIZAR SUBLUXACIONES VERTEBRALES. ESTAS RADIOGRAFIAS NO SE UTILIZAN PARA INVESTIGAR PARA LA PATOLOGIA MEDICA. LOS DOCTORES DE LA HIGHER HEALTH CHIROPRACTIC DE HOLLAND NO DIAGNOSE NI DARA TRATAMIENTO DE CONDICIONES MEDICAS; SIN EMBARGO, SI SE ENCUENTRAN ALGUNA ANOMALÍA, LO TRAEREMOS A SU ATENCIÓN PARA QUE PUEDA BUSCAR LA ATENCION MÉDICO ADECUADO.

AL FIRMAR, USTED ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES

NOMBRE _____ FECHA _____

FIRMA _____ SU EDAD _____

PARA MUJERES SOLAMENTE: DE MI CONOCIMIENTO, CREO QUE NO ESTOY EMBARAZADA EN EL MOMENTO DE TOMAR RADIOGRAFIAS EN HIGHER HEALTH CHIROPRACTIC.

FIRMA _____ FECHA _____

NO ESCRIBIR A CONTINUAR ESTA LINEA --- NO ESCRIBIR DE BAJO ESTA LINEA --- NO ESCRIBIR DE BAJO ESTA LINEA

Sabías qué? El primer ajuste quiropractico occurio en 1895.

Iniciales: _____ Firma: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) La ley exige a Higher Health Chiropractic de Holland que mantenga un estado de salud confidencial con respecto a cualquier información privada sobre usted o la atención de su hijo, a menos que se le otorgue un permiso especifico para harcerlo. Si desea que podamos compartir le información médica privada o de su hijo con un cónyuge, un ser querido o cualquier otra persona, rellene el siguiente formulario.

Yo, _____ *(nombre) autoriza a Higher Health Chiropractic de Holland. a divulgar información confidencial sobre evaluaciones diagnósticas, radiografías, registros médicos, hallazgos, información de facturación y/o recomendaciones para* _____*(nombre del paciente o yo) a las siguientes personas:*

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación : _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación : _____

Entiendo qué si alguna de la información anterior cambia, es mi responsabilidad informar a Higher Health Chiropractic de Holland y llenar un formulario de liberación de registros actualizado.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Representante de Higher Health _____ Fecha: _____

Sabias que? Hay 24 huesos moviles en la columna vertebral.

ESCALA DE ANALOGICA VISUAL QUADRUPLE (QVAS)

Por favor, circule el número que mejor describa la pregunta formulada. Si tiene más de una queja, responda a cada pregunta por cada queja de individuación e indique la puntuación de cada queja.

EJEMPLO

Sin dolor _____Peor dolor posible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Cómo calificaría su dolor AHORA?

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Cuál es su dolor típico o promedio?

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Cuál es su nivel de dolor en su MEJOR? (¿Qué tan cerca de 0 llega su dolor en su mejor momento?)

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué porcentaje de sus horas despiertas es su mejor dolor? _____%

4. Cuál es su nivel de dolor en su WORST? (¿Qué tan cerca de 10 se pone su dolor en su peor momento?)

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qué porcentaje de tus horas es tu peor dolor? _____%

Nombre: _____ Fecha: _____

Para representante de oficina:

Puntacion: Q1 _____+Q2_____+Q3_____+Q4_____=_____/3x10=_____ (Intensidad baja= <50; Intensidad alta= >50)

Sabias Que? El cerebro y la medula espinal son los unicos organos en el cuerpo completamente encerrados en el hueso.