

Thrive Chiropractic and Wellness

1190 Bridge Street Brighton, CO 80601

Teléfono: (303) 659-4220

Fax: (303) 659-1832

SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico (no será compartido): _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____
(Celular) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: o Masculino o Femenino

Estado civil:

o Soltero o Casado o Divorciado o Viudo o Separado

Número de Seguro Social (requerido): _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

o Tiempo completo o Medio tiempo

Método de pago:

o Efectivo o Cheque o Tarjeta de crédito

RAZÓN DE LA VISITA

Describe sus síntomas (priorice por severidad):

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas? _____

¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas?

o Constantemente (76-100% del día)

o Frecuentemente (51-75%)

o Ocasionalmente (26-50%)

o Intermitentemente (0-25%)

¿Sus síntomas están cambiando?

o Mejorando o Sin cambios o Empeorando

Escala de dolor

(0 = sin dolor, 10 = dolor más intenso imaginable):

Nivel actual de dolor: _____

Nivel promedio de dolor: _____

Peor nivel de dolor: _____

Nivel más bajo de dolor: _____

¿Ha ocurrido esta condición antes? o Sí o No

¿Ha visto otros doctores por esta condición? o Sí o No

Nombres y especialidades de los doctores:

Tipos de tratamiento: _____

Resultados: _____

SOBRE SU CÓNYUGE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Estado de salud: o Excelente o Buena o Regular o Mala

EXPERIENCIA QUIROPRÁCTICA

¿Quién lo refirió a esta oficina / cómo se enteró de nosotros? _____

¿Fecha aproximada de su última visita quiropráctica? _____

¿Algún adulto en su familia ha visto a un quiropráctico? _____

¿Algún niño en su familia ha visto a un quiropráctico? _____

HISTORIA MEDICA

¿Fracturas? _____

¿Cirugías? _____

¿Hospitalizaciones? _____

¿Accidentes de tráfico? _____

¿Ha perdido el conocimiento? _____

Medicamentos actuales y condiciones: _____

Vitaminas, minerales o hierbas que toma actualmente: _____

¿Actualmente tiene o ha tenido...?

(Por favor, marque todo lo que corresponda.)

	ACTUAL	PASADO
Infección	☐	☐
Pérdida de peso inexplicable	☐	☐
Fatiga inusual	☐	☐
Mareos / visión doble	☐	☐
Mal equilibrio	☐	☐
Vómito con sangre	☐	☐
Sangre / heces negras	☐	☐
Cambio en función intestinal / urinaria	☐	☐
Fiebres	☐	☐
Sudores nocturnos	☐	☐
Presión alta	☐	☐
Dolor en el pecho	☐	☐
Falta de aire	☐	☐
Tos crónica	☐	☐
Derrame cerebral	☐	☐
Enfermedad cardíaca o soplo	☐	☐
Dolores de cabeza	☐	☐
Debilidad muscular o parálisis	☐	☐
Pérdida de memoria	☐	☐
Trauma directo en la cabeza	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐
Cáncer	☐	☐
Dolor al respirar	☐	☐
Dolor abdominal	☐	☐
Uso de corticosteroides	☐	☐
Uso de anticoagulantes	☐	☐
Entumecimiento en la ingle	☐	☐
Incontinencia	☐	☐

Condiciones de salud de familiares (ej. cáncer, derrame, diabetes, etc.): _____

HÁBITOS

	Ninguno	Ligero	Moderado	Intenso
Alcohol	☐	☐	☐	☐
Café	☐	☐	☐	☐
Tabaco	☐	☐	☐	☐
Drogas	☐	☐	☐	☐
Ejercicio	☐	☐	☐	☐
Sueño	☐	☐	☐	☐
Apetito	☐	☐	☐	☐
Refrescos	☐	☐	☐	☐
Agua	☐	☐	☐	☐

Pasatiempos / Intereses: _____

Satisfacción laboral: ☐ Insatisfecho ☐ Satisfecho ☐ Muy satisfecho

Horas trabajadas por semana: _____

¿Cómo califica su salud en general?: ☐ Excelente ☐ Promedio ☐ Mala

¿Horas Viaja por trabajo? : _____

¿Se siente deprimido, tiene problemas para dormir, apetito bajo, falta de interés, problemas de relación?: ☐ No ☐ Sí

Explique si respondió sí: _____

SOBRE SU CONDICIÓN

¿Está aquí por bienestar? o N/A

¿Experimenta dolor todos los días? o No o Sí

¿Sus síntomas interfieren con su vida diaria? o No o Sí

¿El dolor interfiere con su sueño? o No o Sí

¿El clima afecta sus síntomas? o No o Sí

¿Sus síntomas le hacen perder la paciencia? o No o Sí

¿Usa ortóticos o elevadores? o No o Sí

¿Sus síntomas empeoran en ciertos momentos del día? o No o Sí

Si respondió sí, indique el momento: o Mañana o Mediodía o Noche

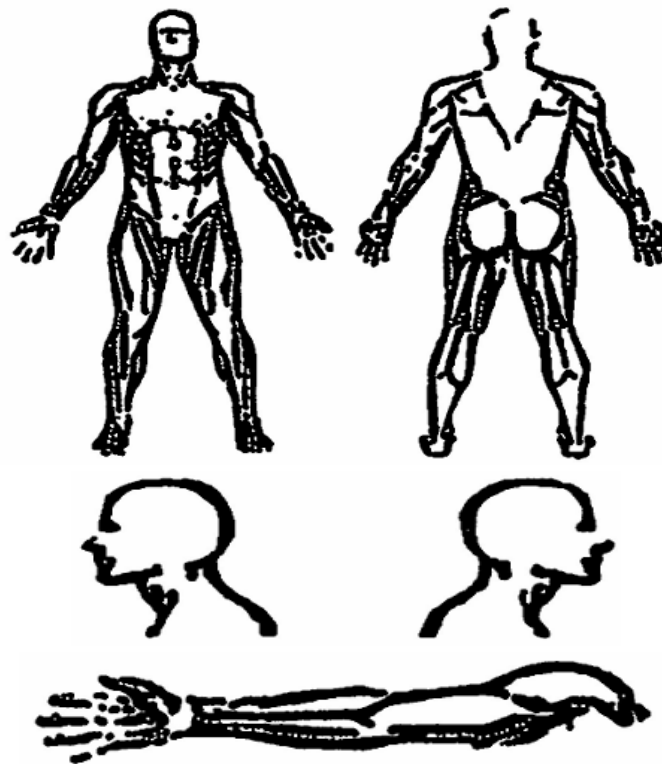
Actividades que agravan sus síntomas: _____

¿Hay algo que ya no pueda hacer debido al dolor? o No o Sí Explique: _____

¿Qué ha hecho para aliviar el dolor? _____

Use letras para describir sus síntomas actuales y localización (use letras):

A = Dolor B = Ardor N = Entumecimiento P = Hormigueo S = Punzante O = Otro



OBJETIVOS DE MI CUIDADO

Las personas acuden a quiroprácticos por diversas razones. Algunos lo hacen para aliviar el dolor, otros para corregir la causa del dolor y otros más para corregir cualquier disfunción en su cuerpo. Su médico evaluará sus necesidades y deseos al recomendar su programa de tratamiento.

Marque el tipo de cuidado deseado:

- ☐ Solo me preocupa el alivio de un síntoma específico.
- ☐ Me preocupa el alivio y prevenir su regreso.
- ☐ Quiero salud óptima en todos los niveles posibles.
- ☐ Quiero que el doctor seleccione el tipo de cuidado apropiado.

SOBRE SU SEGURO

Nombre del titular del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el titular: o Yo mismo o Cónyuge o Hijo o Otro
SS# del titular: _____ Empleador del titular: _____
¿Conoce los beneficios quiroprácticos de su póliza? _____
¿Necesita referencia para ser atendido? o Sí o No

CONSENTIMIENTO FINANCIERO Y MÉDICO

Conciencia Financiera y Consentimiento:

Entiendo que soy responsable financieramente, SEA QUE MI COMPAÑÍA DE SEGURO PAGUE O NO, por todos los cargos incurridos por mí. Por la presente asigno los beneficios de mi seguro médico mayor, incluyendo Medicare, seguro privado y otros planes de salud a Thrive Chiropractic y Wellness. Cualquier sobrepago será reembolsado rápidamente. También autorizo a Thrive Chiropractic y Wellness a liberar cualquier información de salud protegida que sera necesaria para asegurar el pago.

Prácticas de Privacidad de HIPAA:

La información dentro de este cuadro es confidencial. Entiendo que todas las solicitudes para la liberación de mis registros deben ser por escrito. La información de salud protegida será liberada con autorización por escrito, con la divulgación mínima necesaria relacionada con su atención. Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener información más detallada. Entiendo que tengo la responsabilidad de comunicarme honestamente con el Dr. Kronemeyer o el Dr. Roberts, y notificarle sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Entiendo que una copia de mis derechos de HIPAA está disponible para mí a petición.

Consentimiento Informado para el Cuidado Quiropráctico:

Cuando un paciente busca atención quiropráctica y aceptamos a un paciente para tal cuidado, es esencial que ambos trabajen hacia el mismo objetivo. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo como el método que se utilizará para alcanzarlo. Esto evitará confusiones o decepciones. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre el estado de su salud y el cuidado y tratamiento recomendados que se proporcionarán, para que pueda tomar la decisión de someterse o no al cuidado quiropráctico después de haber sido informado sobre los beneficios, riesgos y alternativas conocidos.

La quiropráctica es una ciencia y un arte que se ocupa de la relación entre la estructura (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente el sistema nervioso) y cómo esa relación puede afectar la restauración y conservación de la salud. La salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad.

Una alteración en el sistema nervioso se llama subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral se desalinean y/o no se mueven correctamente. Esto provoca una alteración en la función nerviosa y una interferencia en el sistema nervioso. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y/o reducen mediante un ajuste. Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para corregir y/o reducir la subluxación vertebral. Nuestros métodos quiroprácticos de corrección son mediante ajustes específicos de la columna vertebral. Los ajustes generalmente se realizan a mano, pero pueden llevarse a cabo con instrumentos de mano. Además, se pueden incluir procedimientos auxiliares como fisioterapia y/o procedimientos de rehabilitación.

Todos los procedimientos de atención médica conllevan algún riesgo. Los riesgos asociados con la quiropráctica pueden incluir, entre otros, lesiones musculares o ligamentarias, lesiones nerviosas, lesiones vasculares y fracturas. Las alternativas a la atención quiropráctica pueden incluir medicamentos, cirugía y otros tratamientos alternativos.

Si durante el curso de la atención encontramos hallazgos no quiroprácticos o inusuales, te informaremos sobre esos hallazgos y recomendamos que busques los servicios de otro proveedor de atención médica.

Todas las preguntas relacionadas con el objetivo del doctor en cuanto a mi atención en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas del cuidado quiropráctico me han sido explicados a mi satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y por lo tanto acepto el cuidado quiropráctico.

_____	_____	____/____/____
Nombre	Firma	Fecha

Consentimiento para evaluar y ajustar a un niño menor:

Yo, _____, siendo el padre o tutor legal de _____, he leído y entiendo completamente la información anterior y por la presente otorgo permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Declaración de no embarazo para fines de radiografía:

Esto es para certificar que, hasta donde sé, no estoy embarazada y el médico mencionado anteriormente y sus asociados tienen mi permiso para realizar una evaluación de rayos X. Se me ha informado que la radiografía puede ser peligrosa para un feto. Fecha del último ciclo menstrual.

Fecha de último ciclo menstrual: ____/____/____	_____	____/____/____
	Firma	Fecha