

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Cumpleaños: ____/____/____

hombre mujeres

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Yo soy: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo

Nombre del esposo/a: _____ # de Niños: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono #: _____

Información del contacto

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Información de Empleo

Empleador: _____

Ocupación: _____

¿Cómo te enteraste de Apex
Chiropractic?

Mis Principales Preocupaciones de Salud

A

B

C

Dolor: _____

comenzó: _____



Dolor: _____

comenzó: _____



Dolor: _____

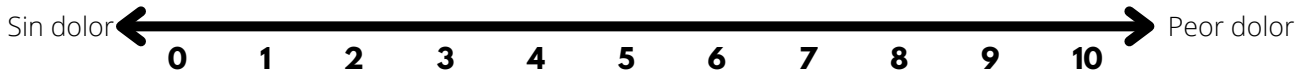
Comenzó: _____



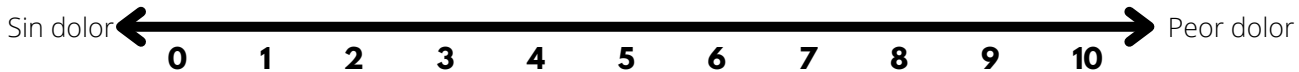
Escala Analógica Visual Cuádruple

Escriba la letra correspondiente a cada uno de sus principales problemas de salud listada anteriormente (A, B, C) en la escala de cada una de las cuatro preguntas siguientes.

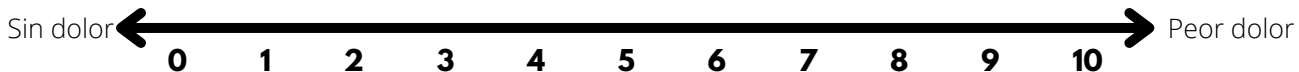
- ¿Cómo calificaría su dolor AHORA MISMO? ↷



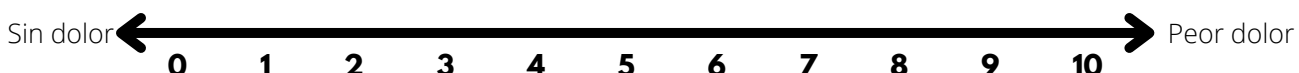
- ¿Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO? ↷



- ¿Cuál es el MENOR dolor que siente? ↷



- ¿Cuál es su nivel de dolor en su PEOR? ↷



¿Tiene algún otro problema de salud con el que esté lidiando?

Marque "A" para los problemas con los que está lidiando actualmente o "P" si tuvo este problema en el pasado.

- | | | | |
|--------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| ___ asma | ___ infecciones de oído | ___ dolores de cabeza | ___ entumecimiento de brazo / mano |
| ___ migrañas | ___ tunel carpal | ___ epilepsia | ___ entumecimiento de piernas / pies |
| ___ mareo | ___ presión de sangre elevada | ___ enfermedad del corazón | ___ ciática |
| ___ vértigo | ___ fatiga crónica | ___ problemas digestivos | ___ dolor de la articulación temporomandibular |
| ___ náusea | ___ dolor de pecho | ___ problemas de vejiga | ___ problema de riñón |
| ___ ansiedad | ___ nerviosismo | ___ problemas menstruales | ___ problema de tiroides |
| ___ alergias | ___ problemas de sinusitis | ___ ADD/ADHD | ___ fibromialgia |

¿Alguna vez ha visto a otros médicos por este problema? sí no

Si vió un proveedor, qué proveedor y cuándo: _____

Nombre de su médico de atención primaria: _____

Marque cualquier condición que tenga ahora / haya tenido:

- | | | | |
|----------------------|--------------|------------------|-------------------------------|
| ___ derrame cerebral | ___ Cáncer | ___ Cardiopatía | ___ Cirugía de la columna |
| ___ Escoliosis | ___ Diabetes | ___ Convulsiones | ___ Fractura de hueso espinal |

Enumere todas las operaciones quirúrgicas y los años: _____

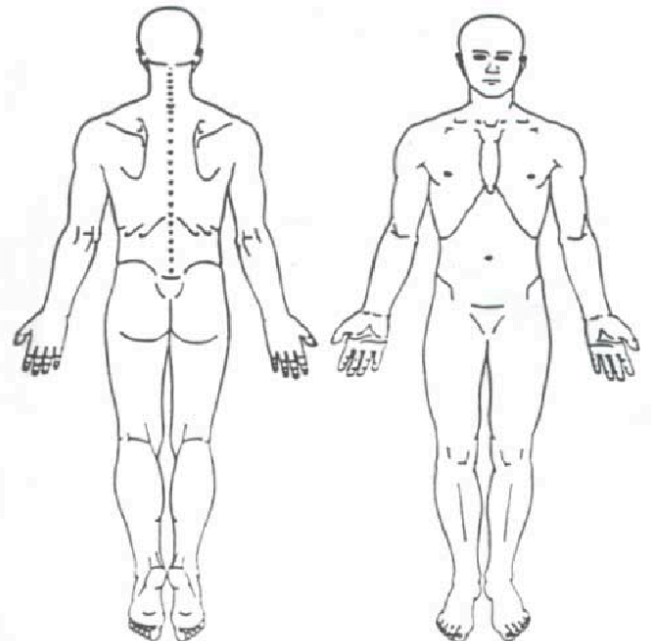
Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando y el motivo de cada uno: _____

¿Alguna vez tuvo un accidente automovilístico? ¿Si es así, cuando? _____

Diagrama de Cuerpo

Marque las áreas del diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:

- R - Irradiando
- E - Entumecimiento
- A - Ardiente
- P - Punzante
- L - Dolor ligero
- H - Hormiguero



¿Qué alivia tus síntomas? _____

¿Qué empeora tus síntomas? _____

Historia Social:

¿Con qué frecuencia realiza cada una de las siguientes acciones?

- Fumar..... Diario Semanal A Veces Nunca
- Uso de drogas recreativas..... Diario Semanal A Veces Nunca
- Alcohol..... Diario Semanal A Veces Nunca

Actividades de la Vida Diaria:

Por favor marque cómo su condición actual está afectando su capacidad para realizar actividades que son parte rutinaria de su vida:

	Sin efecto	Doloroso (puedo hacer)	Doloroso (limitado)	No se pudo realizar
Levantar objetos pesados				
Caminar				
Correr				
Sentar				
Estar de pie				
Sentarse para pararse				
Ejercitar				
Subir escaleras				
Cuidado de mascotas				
Quehaceres domésticos				
Comer				
Dormir				
Cuidado personal				
Concentrarse				
Usar tecnología				
Conduciendo				
Otro:_____				

¡Lo mas importante!

¿Cual es tu meta de salud a traves de recibir tratamiento quiropractica?

Mi Meta!

¿Duerme mejor?

¿Pasar más tiempo con mi familia haciendo las cosas que amo?

¿Hacer ejercicio sin dolor?



Al firmar a continuación, reconozco que he completado el formulario de nuevo miembro de practica quiropráctica de Apex con precisión y lo mejor que he podido.

Nombre: _____ La Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Esta oficina está obligada a notificarle por escrito que, por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su Información de salud personal. Además, debemos proporcionarle un aviso por escrito sobre sus derechos para obtener acceso a su información médica y las posibles circunstancias bajo las cuales, por ley, o según lo dicte nuestra política de oficina, se nos permite divulgar información sobre usted a un tercero, fiesta sin su autorización. A continuación se muestra un breve resumen de estas circunstancias.

Divulgaciones permitidas:

- Propósitos del tratamiento: discusión con otros proveedores de atención médica involucrados en su atención
- Divulgaciones involuntarias: un área de tratamiento abierta significa una discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el médico, infórmele a nuestro personal para que podamos ubicarlo en una sala de consulta privada.
- Para fines de pago: para obtener el pago de su compañía de seguros o cualquier otra fuente de garantía.
- Para fines de compensación laboral: para procesar un reclamo o ayudar en la investigación
- Emergencia: en caso de una emergencia médica, podemos notificar a un miembro de la familia
- Para la salud y la seguridad públicas: para prevenir o reducir una amenaza grave o eminente a la salud o seguridad de una persona o del público en general
- A agencias gubernamentales o fuerzas del orden público: para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- Para propósitos de beneficios militares, de seguridad nacional, prisioneros y gubernamentales
- Personas fallecidas: conversación con médicos forenses y examinadores médicos en caso de muerte de un paciente
- Llamadas telefónicas o correos electrónicos y recordatorios de citas: podemos llamar a su casa / celular y dejar mensajes de voz / texto con respecto a una cita, una cita perdida o notificarle sobre cambios en el horario de práctica o próximos eventos
- Anuncio de los nombres en la cola en la recepción y el área de recepción: anunciamos el nombre y apellido de los pacientes en la cola que esperan ser tratados (por ejemplo, "Juan Martinez, diríjase a la habitación 2"). Notifique al gerente de la oficina si desea que esto se cambie
- Cambio de propiedad: en caso de que se venda esta práctica, los nuevos propietarios tendrían acceso a su información médica personal

Tus derechos:

- Recibir un informe de divulgaciones
- Para recibir una copia impresa del Aviso de privacidad detallado completo
- Para solicitar envíos a una dirección diferente a la de residencia
- Para solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones y con quién divulgamos información, aunque no estamos obligados a cumplir. Sin embargo, si estamos de acuerdo, la restricción estará vigente hasta que reciba un aviso por escrito de su intención de eliminar la restricción.

Condiciones de Aceptación

Para proporcionar el entorno de curación más eficaz, la aplicación más eficaz de los procedimientos quiroprácticos y la relación médico-paciente más sólida posible, es esencial que ambas partes trabajen hacia el mismo objetivo. Es importante que cada persona comprenda tanto el objetivo como el método que se utilizará para lograr este objetivo. Esto evitará confusiones o decepciones.

- La quiropráctica es una ciencia muy específica, autorizada por ley para abordar las preocupaciones y necesidades de la salud de la columna. No es la práctica de la medicina.
- La quiropráctica busca maximizar el poder curativo inherente del cuerpo humano al restaurar las funciones nerviosas normales a través de los ajustes de las subluxaciones vertebrales. Las subluxaciones son desviaciones de las estructuras y configuraciones normales de la columna y se consideran una dislocación parcial. Una subluxación que interfiere con los procesos nerviosos normales se denomina cambio neuroestructural.
- El proceso de ajuste quiropráctico, como se define en la ley de esta jurisdicción, implica la aplicación de un empuje direccional específico a una región o regiones de la columna con la intención específica de reposicionar los segmentos espinales desalineados. Este es un procedimiento seguro y efectivo que se aplica más de un millón de veces al día con médicos quiroprácticos solo en los Estados Unidos. La quiropráctica no busca reemplazar ni competir con su médico, dental u otro tipo de profesionales de la salud. Ellos retienen la responsabilidad del cuidado y manejo de las condiciones médicas. No ofrecemos asesoramiento sobre el tratamiento prescrito por otros.

Política de tarifas por no presentarse, no comunicarse

En Apex Chiropractic, valoramos mucho su tiempo y estamos totalmente comprometidos con su éxito. También pedimos que los miembros de nuestra práctica hagan lo mismo para brindar la mejor experiencia posible para todos. Para garantizar esto, nuestra política de ausencia de llamadas incluirá lo siguiente: Cualquier cita perdida sin contacto un miembro de la práctica, le cobraremos a su cuenta \$50 por no mantener sus citas programadas, y tomar un lugar que alguien podría haber utilizado. Después de 3 citas perdidas en una consecutivo, sus citas futuras serán eliminadas hasta que tenga un punto de comunicación con un miembro de la oficina.

Consentimiento informado para la atención quiropráctica

La atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, aunque ofrece beneficios considerables, también puede proporcionar cierto nivel de riesgo. Este nivel de riesgo suele ser mínimo. Sin embargo, en casos raros, las lesiones se han asociado con la atención quiropráctica. Los tipos de complicaciones que se han informado como consecuencia de la atención quiropráctica incluyen: lesiones por esguince / distensión, irritación de una afección del disco y, en raras ocasiones, fracturas. Una de las complicaciones más raras asociadas con la atención quiropráctica que ocurre a un ritmo entre un caso por millón a uno por dos millones de ajustes de la columna cervical (cuello) puede ser una lesión vertebral que podría provocar un derrame cerebral. Antes de recibir atención quiropráctica en esta oficina, se completará un historial médico y un examen físico. Estos procedimientos se realizan para evaluar sus condiciones específicas, su salud general y, en particular, su salud espinal. Estos procedimientos nos ayudarán a determinar si se necesita atención quiropráctica y si se necesitan más exámenes o estudios. Además, nos ayudarán a determinar si existe alguna razón para modificar su atención o proporcionarle una derivación a otro proveedor de atención médica. Se le informarán todos los hallazgos relevantes junto con un plan de atención antes de comenzar la atención.

Firmando a continuación:

- Entiendo y acepto que existen riesgos asociados con la atención quiropráctica y doy mi consentimiento para el examen que el médico considere necesario y la atención quiropráctica, incluidos los ajustes de la columna, según lo informado después de mi evaluación.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios del seguro directamente al Dr. Kamen Blau. Acepto que esta autorización cubrirá todos los servicios prestados hasta que revoque la autorización. Estoy de acuerdo en que se puede usar una fotocopia de este formulario en lugar del original. Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente. Es costumbre pagar los servicios cuando se prestan, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación.

Al firmar a continuación, reconoce y acepta todas las declaraciones enumeradas anteriormente y en la página anterior.

*Nombre _____ La Firma _____ Fecha _____

Si este perfil de salud es para un menor / niño, complete y firme a continuación.

Nombre del miembro de la práctica que es menor de edad: _____

Autorizo al Dr. Kamen Blau y a todo el personal de Apex Chiropractic a realizar procedimientos de diagnóstico, evaluaciones radiográficas, brindar atención quiropráctica y realizar ajustes quiroprácticos a mi menor / hijo según lo permitido legalmente. A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de atención médica para mi menor / hijo. Si mi autoridad de cuidado es revocada o alterada, notificaré inmediatamente a Apex Chiropractic.

Firma del tutor _____ Relación del tutor con el niño _____ Fecha _____

Doy permiso a Apex Chiropractic para que me contacte por correo electrónico con respecto a mi atención médica, citas e información relacionada. Entiendo que el correo electrónico se utiliza por conveniencia y que, aunque se emplean medidas de seguridad razonables, puede que no siempre sea completamente seguro.

La Firma: _____ Fecha: _____