



INFORMACION PERSONAL & HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: ___/___/___

Número de la Seguridad Social (últimos 4 dígitos) _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Edad: ____ Sexo: H M

Dirección actual:

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Distrito _____

Postal _____

Teléfono (____) _____ Email _____

Estado Civil: Casado/a Separado/a Viudo/a Soltero/a

Profesión _____ Estudiante TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL

Nombre del cónyuge / pareja _____

Fecha de nacimiento del cónyuge ___/___/___

Persona de contacto en caso de emergencia? _____ Teléfono (____) _____

Si usted es menor de edad: información de los padres / tutores legales

Padre _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Madre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Tutor: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

¿Con quién reside normalmente? Padres padre madre tutor legal Ninguno de ellos.

¿Cómo nos conoció?

Aproximadamente, ¿Cuándo ocurrió su accidente? ___/___/___

Describe su estado, síntomas, o el propósito de su visita _____

¿Cuál fue la causa? _____

¿Qué lo agudiza / empeora?

¿Qué le alivia? _____

¿Ha estado en esta condición alguna vez? SI NO En caso de respuesta afirmativa, describa las circunstancias y diga cuándo:

¿Se debe su estado actual a un accidente laboral? SI NO

¿Se debe a un accidente de automóvil? SI NO

¿Es su condición a causa del trabajo? SI NO (Describe brevemente): _____

Si el accidente no se debe a causas laborales o un accidente de tráfico, ¿Qué lo ha provocado?

Por favor, indique otros centros de salud que haya visitado por este mismo problema, y la fecha de su visita.

Nombre del centro: _____ especialidad del centro: _____ fecha de la visita: ___/___/___

Nombre del centro: _____ especialidad del centro: _____ fecha de la visita: ___/___/___

Ha padecido alguna vez:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de los nervios | <input type="checkbox"/> Cáncer | |

SOLO PARA MUJERES: ¿Está Ud. embarazada o hay alguna posibilidad de que lo esté? SI NO INSEGURA

¿Ha visitado nuestra consulta con anterioridad? Si No

Haga una lista de accidentes en el pasado (accidentes de tráfico, laborales, patinazos, caídas accidentes deportivos, etc.) y la fecha en que ocurrieron:

- 1) _____ ___/___/___
- 2) _____ ___/___/___
- 3) _____ ___/___/___

¿Está tomando alguna medicación?

Cirugías/ ingresos en el hospital

Condiciones o enfermedades graves

Alergias (por favor, menciónelas todas)

¿Padece o ha padecido alguna vez de...?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Apoplejias /Derrames | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Convulsiones |

Otras: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente accedo al examen médico y el tratamiento de mi persona o del menor que represento por los doctores licenciados en quiropráctica y/o los asistentes certificados que puedan estar contratados, o relacionados con esta consulta. Se me dará la oportunidad de discutir con el doctor o personal de la clínica la naturaleza y propósito de la terapia física y procedimientos y los tratamientos quiroprácticos (manipulación y ajuste). Por la presente comprendo que ni el quiropráctico ni el tratamiento médico es una ciencia exacta y que mi cuidado puede suponer conjeturas basadas en hechos e información médica. El médico usa estas conjeturas para tratar de anticipar o dar explicación a las complicaciones, y los resultados inesperados e indeseables no necesariamente implican un juicio médico erróneo. Los resultados no son garantizados, pero confío en el médico y elijo y recomiendo el mejor tratamiento, basado en los hechos conocidos, en el interés propio.

Con mi firma, accedo y consiento a cubrir los gastos de los procedimientos recetados para mi condición y para otras condiciones futuras para las que solicite tratamiento.

Firma del paciente/ Tutor: _____ Nombre del paciente _____

Fecha ____/____/____

CONSENTIMIENTO FINAL

Entiendo y acuerdo que la cobertura de los seguros de salud y accidentes son un acuerdo entre la aseguradora y mi persona –no entre la aseguradora y la consulta- Accedo a pagar y asumo mi responsabilidad como paciente. Además entiendo que mi condición de paciente no certifica el pago por parte de mi aseguradora, por lo que en caso de que los gastos de mi tratamiento y consulta no sean cubiertos por mi seguro en un plazo de tiempo reglamentario, el costo total corre de mi cuenta, excepto cuando se haya acordado de otra forma por escrito. Además comprendo y accedo a correr con los gastos ocasionados de la reclamación de la cuenta pendiente a mi nombre si fuera rechazado por la aseguradora, incluyendo, pero no limitándose a costes legales derivados del juicio y asesoramiento legal.

Autorizo a esta consulta a comunicar la información médica relacionada con mi tratamiento a cualquier aseguradora que sea responsable del pago de los gastos y a cualquier abogado que me represente debido a mi estado para llevar a cabo cualquier acción reglamentaria por el impago.

He leído y comprendido, y accedo al acuerdo de todos y cada uno de los puntos anteriores. La información que he facilitado es verdadera y completa, a mi leal saber y entender..

Firma del paciente/ tutor: _____ Fecha: ____/____/____

ACUSE DE RECIBO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

DE ACUEDO CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y CONTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD, DE 1996 (HIPAA) ACUSO EL RECIBO DE LA COPIA DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.

Midtown Chiropractic & Acupuncture me ha facilitado una copia de sus normas de privacidad de acuerdo con la ley de portabilidad y contabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA), además de una copia de los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente/ tutor: _____ Fecha: ____/____/____