



INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M / F
Nombre de Padres, si menor de edad: _____
Dirección: _____
(City) (State) (Zip Code)
Teléfono (Cell): _____ Email: _____
Ocupación: _____ Trabajo: _____
___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Separado Nombre de Pareja: _____
De Hijos: _____ Nombres de Hijos: _____
En caso de Emergencia: _____
(Nombre) (Relacion al paciente) (Telefono)

SINTOMAS/LESIONES

Razon por su visita: _____

Cuando empezaron sus síntomas? _____ Sus síntomas están empeorando ___ SI ___ NO
Califique su dolor de 1 (dolor leve) al 10 (dolor extremo): _____
Describa su dolor (seleccioné todas las que aplican):
___ Agudo ___ Rigidez ___ Palpitante ___ Adormecimiento ___ Hormigueo ___ Punzante
___ Ardor ___ Calambre ___ Tensión ___ Inflamación Otro: _____
Cada cuanto tiene este dolor? _____
Interfiero con su: ___ Trabajo ___ Al dormir ___ Rutina Diaria
Actividades que le causan dolor: ___ Sentarse ___ Pararse ___ Caminar
___ Agachar ___ Acostarse Otro: _____

TRATAMIENTO

Ha recibido alguno de estos tratamientos? ___ Medicamento ___ Cirugía ___ Terapia Física
___ Quiropráctica Otro: _____
Ha hecho algún examen diagnostico? ___ Radiografía ___ MRI/Resonancia Magnetica
___ CT Scan Otro: _____
Nombre y dirección de los doctores que han tratado su condición:

Medicinas, vitaminas, y suplementos que toma: _____



HISTORIAL MEDICO

Por favor, seleccionar (X) sus síntomas actuales, o los que ha tenido en el pasado.

| X | SINTOMA | FRECUENCIA Constante / Occasional / Raremente | INDIQUE FAMILIARES CON ESTAS CONDICIONES |
|---|---------------------------------------|--|---|
| | Dolor de Cabeza | | |
| | Migrañas | | |
| | Dolor de Cuello | | |
| | Dolor de Hombros | | |
| | Dolor de Brazos/Manos | | |
| | Dolor de Espalda (a la mitad) | | |
| | Dolor de Espalda (abajo) | | |
| | Dolor de Cadera | | |
| | Dolor de Piernas/Pies | | |
| | Problemas de Discos | | |
| | Escoliosis | | |
| | Osteoporosis | | |
| | Síndrome del túnel Carpiano | | |
| | Artritis | | |
| | Dolor e inflamación de articulaciones | | |
| | Adormecimiento de extremidades | | |
| | Diabetes | | |
| | Problemas de Tiroides | | |
| | Problemas del Corazón | | |
| | Presión Alta | | |
| | Dolor de Pecho | | |
| | Acidez | | |
| | Problemas Digestivos | | |
| | Alergias | | |
| | Problemas Urinarios | | |
| | Problemas Menstruales | | |
| | Problemas de Prostata | | |
| | Infertilidad | | |
| | Cáncer | | |
| | Fatiga | | |
| | Nerviosismo | | |
| | Mareo | | |
| | Insomnio | | |
| | ADD/ADHD | | |
| | Cambio en la vista | | |
| | Vertigo | | |
| | Pérdida de Audición | | |
| | Zumbido en los Oídos | | |
| | Dolor de Oído | | |
| | Infección de Oído | | |
| | Sinusitis | | |
| | Sangrado de Nariz | | |
| | Asma | | |
| | Náusea | | |



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION DE RADIOGRAFIAS

Animamos y apoyamos un proceso de decisiones compartidas entre nosotros, con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y el programa de quiropráctica recomendado para usted; de esta manera usted podrá tomar la decisión de someterse a este tipo de atención con pleno conocimiento de los riesgos conocidos y desconocidos. Esta información se le provee para que usted pueda sabiamente dar o desnegar su consentimiento.

Quiropráctica se basa en la ciencia que se refiere a la relación entre estructuras, principalmente la columna vertebral, y la función del Sistema nervioso, y como esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

Subluxación Vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una condición donde una o más vértebras en la columna vertebral están desalineadas, o no se mueven correctamente, y causan interferencia o irritación al sistema nervioso. La meta fundamental de la quiropráctica es la eliminación o reducción de la interferencia en los nervios causado por la subluxación vertebral.

El ajuste quiropráctico se aplica por un doctor con el propósito de corregir y disminuir las subluxaciones vertebrales. El ajuste es la aplicación de un movimiento preciso y/o una fuerza en la columna vertebral. Hay una serie de diferentes métodos y técnicas de ajustes quiroprácticos, que por lo general se hacen a través del uso de las manos del doctor. Algunas técnicas requieren el uso de un instrumento u otro equipo especializado. Entre otras cosas, el tratamiento quiropráctico puede reducir el dolor, aumentar la movilidad, y mejorar la calidad de vida.

En su primera visita se realizara un examen quiropráctico. Este examen puede incluir una evaluación de su columna vertebral, examen físico, pruebas ortopédicas y neurológicas, examen del sistema musculoesquelético, instrumentación especializada, y radiografías.

Además de los beneficios de la quiropráctica, también se debe ser consciente de la existencias de algunos riesgos y limitaciones. Los riesgos no son lo suficientemente altos para contraindicar la quiropráctica, pero todos los tratamientos de salud tienen algún riesgo.

Los riesgos asociados con la quiropráctica pueden incluir dolor musculoesquelético y fracturas. Además, hay reportes de casos de accidentes de cerebrovascular asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. Investigación y evidencia científica no establece una relación de causa y efecto entre el cuidado quiropráctico y la ocurrencia de un accidente cerebrovascular; por lo contrario estudios recientes indican que pacientes pueden recibir cuidado de quiroprácticos y médicos generales cuando ya se encuentran en las primeras etapas de un derrame cerebral. Es decir, el accidente cerebrovascular puede ya estar en proceso, sin estar relacionado con el cuidado quiropráctico o médico. Sin embargo, usted este siendo informado de esta asociación divulgada debido a que un accidente cerebrovascular puede causar deterioro neurológico grave.

He sido informado de la naturaleza y el propósito de la quiropráctica, las posibles consecuencias, y los riesgos – incluyendo el riesgo que el cuidado no pueda lograr el objetivo deseado. Tratamientos alternativos razonables han sido explicados, incluyendo los riesgos, consecuencias, y probable eficacia de cada uno. He sido informado de las posibles consecuencias de no recibir ningún cuidado. Reconozco que garantías no se han hecho acerca de los resultados de mi tratamiento quiropráctico. He leído el párrafo anterior. Entiendo la información que se me ha dado. Doy mi consentimiento para todo el curso de mi tratamiento y para cualquier otra condición por la cual yo solicite atención quiropráctica en el futuro en NuVita Chiropractic. Autorizo a los doctores de NuVita Chiropractic que procedan con el tratamiento quiropráctico.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Doctor

Firma del Doctor

Fecha

Atención para todas las mujeres:

Si usted está embarazada o cree estarlo, informe al técnico de radiografía antes de que le tomen sus radiografías. Radiografías pueden ser peligroso para el feto, a menos de que se tomen las precauciones necesarias. Al firmar, usted certifica que NO ESTA EMBARAZADA y autoriza que hagan radiografías en NUVITA CHIROPRACTIC.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE SU INFORMACION MÉDICA

Nuestra oficina se compromete a educar a nuestros pacientes acerca de su cuidado médico. Por lo tanto, en este formulario se provee información general acerca de la Regla de Privacidad, una regulación federal de la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA). Adicionalmente, se le provee una breve descripción de nuestro Aviso de Privacidad.

¿Qué es HIPPA y como le afecta le Regla de Privacidad?

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) del 1996 le dio al gobierno federal la capacidad de ordenar cómo los planes de salud, proveedores, y cámaras de compensación almacenan y envían la información personal del paciente a medida que se divulga esa información. La Regla de Privacidad fue creada para proteger sus derechos como paciente y la ley nos exige que cumplamos con esta regulación. Conforme a la Regla de Privacidad, se le garantiza el acceso a sus registros médicos y se le permite controlar cómo se usa y divulga su información de salud protegida. Adicionalmente se le permite tomar medidas si su privacidad se ve comprometida al seguir las pólizas de nuestra práctica. Por lo tanto, nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal.

¿Qué es la Información de Salud sobre el Individuo protegida por la Ley?

Individually Identifiable Health Information (IIHI)

Cualquier información de su salud que usted divulga a nuestra oficina se considera información protegida por la ley. Esta información incluye su nombre, número de seguro social, dirección, fecha de nacimiento, código postal, o condado de residencia. También incluye información que es creada o adquirida por nuestra oficina o recibida por otro proveedor de salud, relacionada al tratamiento, pagos y facturas, y/o información que lo identifique a usted.

¿Cuál es el Aviso de Privacidad de NuVita Chiropractic?

Nuestra oficina tiene un Aviso de Practicas de Privacidad disponible en nuestra sala de espera. El Aviso informa los pacientes acerca de sus derechos al respecto de su información médica y nuestras obligaciones acerca del uso y divulgaciones de su información. El Aviso aplica a todos los records creados o adquiridos por nuestra oficina. Tenemos el derecho de actualizar el Aviso de Practicas de Privacidad a cualquier momento. El Aviso esta puesto en la sala de espera y usted puede adquirir una copia en cualquier momento.

Nuestros usos y divulgaciones de su información médica:

- Tratamiento
- Recordatorios de sus citas
- Comunicaciones con sus familiares
- Facturar sus servicios
- Asuntos de beneficios y servicios de salud de su seguro medico
- Divulgaciones requeridas por la Ley
- Dirigir nuestra organización

Otras maneras que podemos usar o compartir su información médica:

- Cumplir con la ley
- Compartir información con el Departamento de Salud
- Responder a las solicitudes de donacion de organos y tejidos
- Ayudar con asuntos de salud publica
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Reclamos de compensacion de trabajadores
- Asuntos de amenazas grave hacia la salud
- Servicios militares
- Realizar investigaciones medicas
- Cumplir con solicitudes gubernamentales
- Responder a demndas y acciones legales

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información medicad?

En nuestro Aviso de Practicas de Privacidad usted puede ver las pólizas y procedimientos para ejercer sus derechos en las siguientes áreas:

1. Obtener una copia electrónica o de papel de su historial medico
2. Solicitar que corriamos su historial medico
3. Solicitor communications confidentiality
4. Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos
5. Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
6. Obtener una copia de esta notificación de privacidad
7. Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos
8. Autorizar el uso y divulgación de su información para otros propósitos

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este formulario, por favor hable con la recepcionista y pida hablar con el Oficial de Privacidad. Si usted requiere una copia de este formulario, usted tiene el derecho de pedirla en cualquier momento.



AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MÉDICA

He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad para información medica. El Aviso de las Prácticas de Privacidad describe las maneras que se puede usar y divulgar mi información médica, la cual es protegida por la ley de HIPPA, durante mi tratamiento, la facturación y demás trámites administrativos y el cuidado quiropráctico brindados por esta oficina. El Aviso de las Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades del Quiropráctico, con respecto a mi información médica. Le doy permiso a NuVita Chiropractic que use o divulgue mi información médica de acuerdo con las siguientes especificaciones:

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

- Autorizo a NUVITA CHIROPRACTIC a usar mi dirección, número de teléfono, y records médicos para contactarme con recordatorios de citas, notificarme cuando no cumpla con mi cita, tarjetas de cumpleaños y navideñas, folletos de la quiropráctica, información acerca de mi tratamiento y salud.
- Si a NUVITA CHIROPRACTIC me contacta por teléfono, autorizo que me dejen un mensaje de voz.
- Autorizo a NUVITA CHIROPRACTIC a usar mi nombre en un tablero de bienvenida, de cumpleaños, o de Referencias/testimonios
- Autorizo a NUVITA CHIROPRACTIC a usar mi fotografía en su tablero familiar y otros materiales de promoción, como un folleto, página de internet, o medios de comunicación impresos.
- Autorizo NUVITA CHIROPRACTIC a usar cualquier testimonio escrito por mí, para propósitos de promoción y educación para compartir con otros pacientes o pacientes potenciales.

El propósito de estas autorizaciones específicas es para asegurar que mi experiencia a NUVITA CHIROPRACTIC se eficiente y mejorar mi acceso al cuidado de mi salud e información medica. Esta AUTORIZACION se mantiene efectiva por la duración de mi tratamiento a NUVITA CHIROPRACTIC, más 7 años, o hasta que yo la revoque.

SU DERECHO DE REVOCAR AUTORIZACION:

Usted tiene el derecho de revocar esta AUTORIZACION, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, su petición escrita solo se hará efectiva cuando sea recibida por la oficina de NUVITA CHIROPRACTIC, esto significa que no aplicara en las acciones o servicios prestados en relación a su previa autorización.

Su Petición de Revocación debe incluir una declaración que claramente indica su intención de revocar esta AUTORIZACIÓN y contener la siguiente información: Numero de Seguro Social, fecha de nacimiento, su firma, y la fecha de su petición.

Entiendo que tengo el derecho de no firmar esta AUTORIZACION. Si decido no firmar entiendo que NUVITA CHIROPRACTIC no me negara el cuidado quiropráctico. Sin embargo, entiendo que no será posible que NUVITA CHIROPRACTIC facture mi tratamiento a mi seguro y por lo tanto yo seré responsable por 1) Pagar mi tratamiento en full, al momento que reciba servicios quiroprácticos 2) programar mis propias citas porque no autorice que NUVITA CHIROPRACTIC me contacte 3) TODA comunicación con NUVITA CHIROPRACTIC acerca de mi cuidado y atención médica. *Adicionalmente, entiendo que mi decisión de no firmar esta AUTORIZACION no impide cualquier actividad de colección de pagos permitida por la ley.*

Tengo el derecho de verificar o pedir copia de la información médica que se va a usar o divulgar. También tengo el derecho de pedir una copia de esta autorización. Un cobro razonable se aplica para la obtención de dichas copias.

He leído y entiendo este Formulario de Autorización y reconozco que recibí el Aviso de Practicas de Privacidad. Mi firma abajo representa que estoy de acuerdo con estas prácticas. Cualquier uso de mi información con las cuales no estoy de acuerdo, las cruce con mis iniciales.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Padre/Guardian

Fecha

Escala Analogica Visual Cuadruple

Nombre: _____

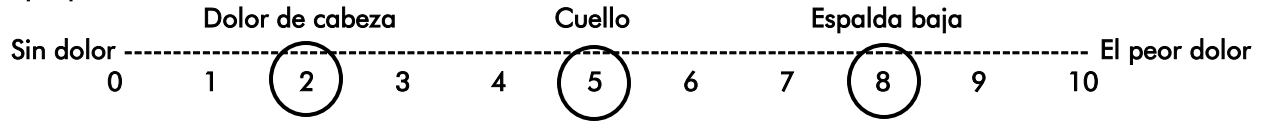
Fecha: _____

Favor de leer cuidadosamente:

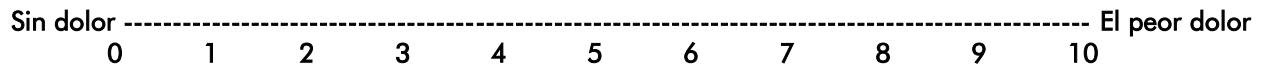
Instrucciones: Favor de circular el número que mejor describa la constatación de la pregunta.

Nota: Se tiene más de un problema, favor de contestar cada pregunta individualmente para cada problema, e indique el puntaje de cada uno. Favor de indicar el nivel de su dolor de hoy, en su estado regular, y en su peor estado.

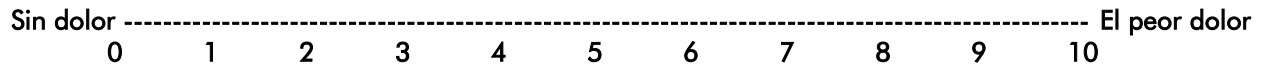
Ejemplo:



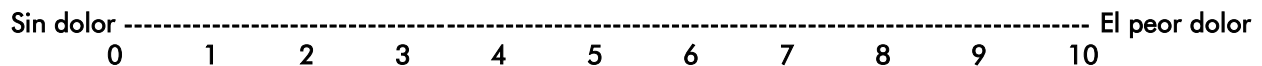
1 - ¿Cómo está su dolor ahora?



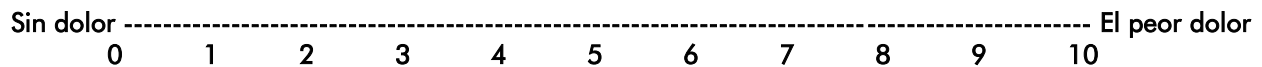
2 - ¿Cómo es el dolor comúnmente?



3 - ¿Cómo es su dolor en su mayor momento (cuán cerca del 0)?



4 - ¿Cómo es su dolor en su peor momento (cuán cerca del 10)?



Otros comentarios:
