



Bienvenido

SALUD ÓPTIMA A TRAVÉS DE LA QUIROPRÁCTICA

Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades quiroprácticas. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.
(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ E-mail _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Prefiere que lo llamen al número de: La casa El trabajo Celular No tengo preferencia

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (_____) _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Teléfono (_____) _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

¿TIENE SEGURO ADICIONAL? No Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social* _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

Síntomas

Motivo de la visita _____ ¿Cuándo notó los síntomas por primera vez? _____

¿Se está empeorando esta condición? _____

¿Dónde específicamente está ubicado el problema(s)? _____

¿Qué actividades son difíciles de realizar? Sentarse Pararse Caminar Doblarse (Agacharse) Acostarse Otro _____

Tipo de dolor: Punzante Débil Pulsante Adormecimiento Adolorido Agudo
 Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

Clasifique la gravedad de su dolor (de 1, dolor leve o malestar, a 10, dolor severo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Es constante el dolor, o se le pasa y luego regresa? _____

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición?

Medicamentos Cirugía Fisioterapia Otro _____

Nombre y dirección de otros médicos que le hayan proporcionado tratamiento para su condición: _____

Historial médico

Marque únicamente las condiciones que correspondan:

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Disco herniado | <input type="checkbox"/> Nervio pinchado | <input type="checkbox"/> Tumores, bultos |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones antialérgicas | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangramiento | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Aborto natural | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor en el seno | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | _____ |

Fechas de los exámenes más recientes _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Indique cualquier tipo de cirugía que haya tenido y las fechas: _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias: _____

Hábitos diarios

¿Qué tipo de ejercicios hace diariamente? Ninguno Moderados Intensos

¿Qué incluyen sus hábitos diarios de trabajo? (por ejemplo: estar sentado, parado, trabajo liviano, trabajo pesado, trabajo en computadora) _____

¿Qué vitaminas toma actualmente? _____

¿Qué otro tipo de suplemento nutritivo toma (si corresponde)? _____

¿Fuma usted? No Sí ¿Cuánto fuma al día? _____

¿Cuánto licor consume semanalmente? _____

¿Cuánto café o cuántas bebidas con cafeína consume diariamente? _____

Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro.

Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

ROBERTS QUIROPRACTICA

AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALO DETENIDAMENTE.

Roberts Quiropractica esta comprometido a proteger su informacion medica personal. La informacion medica personal puede incluir documentos tales como formularios de consentimiento medico, informacion sobre sus antecedentes medicos, etc. La ley requiere que se le proporcione este aviso sobre la proteccion de su informacion medica. Este aviso le notifica cuales son sus derechos y como Roberts Quiropractica utiliza y divulga su informacion medica.

Sus derechos sobre su informacion medica

Usted tiene ciertos derechos referentes a la informacion medica que Roberts Quiropractica tiene sobre usted. Usted tiene derecho a:

- * Solicitar una limitacion de ciertos usos y divulgaciones de su informacion medica; sin embargo, no se Requiere que Roberts Quiropractica apruebe su solicitud.
- * Solicitar que Roberts Quiropractica le notifique su informacion medica de una manera o en un lugar que Le ayude a conservar la confidencialidad de esta informacion.
- * Recibir una lista de las divulgaciones de su informacion medica que Roberts Quiropractica haya hecho.
- * Retirar su autorizacion, por escrito y en cualquier momento, para que Roberts Quiropractica divulgue su Informacion medica, excepto la informacion que Roberts Quiropractica ya haya divulgado antes de que Usted suspendiera su autorizacion.
- * Pedir a Roberts Quiropractica que modifique su informacion medica si usted cree que es incorrecta o que Esta incompleta. Roberts Quiropractica puede denegar su solicitud y, si lo hace, le dara la razon o razones Por las cuales denego la solicitud.
- * Recibir una copia impresa o electronica de este Aviso sobre las Practicas de Confidencialidad si la Solicita.

Si desea recibir una explicacion mas detallada de estos derechos, o si desea ejercer uno de estos derechos, comuniquese con:

Roberts Chiropractic and Acupuncture
Attn: Privacy Official
1404 W. Frank Ave
Lufkin, Tx 75904
(936)-634-8461

Como Roberts Quiropractica puede usar o divulgar su informacion medica

La ley permite que Roberts Quiropractica use o divulgue su informacion medica para los siguientes propositos:

Tratamiento-Roberts Quiropractica puede usar y divulgar su informacion medica con el fin de ayudarle a recibir tratamiento y servicios medicos. Ejemplo: Roberts Quiropractica puede usar la informacion sobre sus antecedentes medicos para asegurarse de que usted reciba una atencion medica adecuada en el caso de que se lesione.

Pago-Roberts Quiropractica puede usar y divulgar su informacion medica para pagar su tratamiento y servicios medicos. Ejemplo: Su medico puede enviar Roberts Quiropractica una reclamacion por servicios medicos. La reclamacion puede contener informacion que le identifique, su diagnostico y el tratamiento o suministros que usted haya recibido.

Operaciones de atencion medica-Roberts Quiropractica puede usar y divulgar su informacion medica a auditores internos. Ejemplo: Su informacion medica se puede divulgar al personal medico o al personal de mejoramiento de la calidad para que revisen la efectividad de la atencion medica que usted recibio.

Requerimientos de la ley

Roberts Quiropractica puede usar y divulgar su informacion medica cuando la ley asi lo requiera. Ejemplo: Roberts Quiropractica puede divulgar informacion para los siguientes propositos:

- Responder a las solicitudes apropiadas de su informacion medica presentadas por un tribunal o por otra agencia legal.
- Reportar informacion de interes para la salud publica, como el reporte de victimas de maltrato, negligencia o violencia domestica, o para informar a la Administracion de Alimentos y Farmacos problemas con productos o reacciones a medicamentos.
- Reportar informacion de interes para la salud publica, por ejemplo para prevenir la diseminacion de una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona en particular o al publico en general.

- Asistir a los oficiales de ejecucion de la ley, como la policia, en el desempeno de sus actividades de ejecucion de la ley.
- Permitir que los directores de funerarias, examinadores medicos o medicos forenses realicen sus actividades legales, tales como la preparacion de un certificado de defuncion para el estado.
- Cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con el Seguro Obrero.
- Permitir que otras agencias del gobierno le proporcionen beneficios y servicios.

Actividades de supervision de la atencion medica

Roberts Quiropractica puede divulgar su informacion medica a las agencias de salud del gobierno por razones de supervision de la atencion medica, tales como auditorias de programas o revisiones de licencias.

Investigacion

Roberts Quiropractica puede usar su informacion medica para propositos de investigaciones aprobadas, tales como un estudio para la curacion de una enfermedad.

Funciones especiales del gobierno

Las "Funciones especiales del gobierno" tales como la proteccion de funcionarios publicos o la presentacion de informes a varias ramas de los servicios armados, pueden requerir el uso o la divulgacion de su informacion medica.

Obligaciones de Roberts Quiropractica

Roberts Quiropractica requiere:

- Mantener la confidencialidad de su informacion medica protegida.
- Proporcionarle este Aviso de sus obligaciones legales y practicas de confidencialidad referentes a su informacion medica.
- Obtener su autorizacion por escrito para el uso o divulgacion de su informacion medica por razones diferentes a las indicadas en este Aviso y permitidas por la ley.
- Acatar los terminos de este Aviso que actualmente se encuentran vigentes.
- Notificarle si Roberts Quiropractica puede aceptar una limitacion solicitada sobre como se usa o divulga de su informacion.
- Permitir solicitudes razonables que usted pueda hacer para que le notifiquen su informacion medica de una manera o en un lugar que le ayude a conservar la confidencialidad de esta informacion.

Roberts Quiropractica se reserva el derecho de modificar sus practicas de informacion. Las nuevas disposiciones entraran en vigencia para toda la informacion medica protegida que mantiene. Los avisos revisados se podran a su disposicion cuando llame a la oficina administrativa de las instalaciones a las que acuda.

Si tiene alguna queja respecto a este Aviso sobre las Practicas de Confidencialidad o respecto a como Roberts Quiropractica maneja su informacion medica, o si de otra manera considera que Roberts Quiropractica violado sus derechos de confidencialidad, debe dirigir su queja a:

Roberts Chiropractic
 Attn: Privacy Official
 1404 W. Frank Ave
 Lufkin, Tx 75904
 (936)-634-8461

Si no queda satisfecho con la manera en que Roberts Quiropractica maneja una queja, puede presentar una queja formal ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en Washington, D.C.

Si usted presenta una queja, no sufrira represalias por parte de Roberts Quiropractica.

 Firma

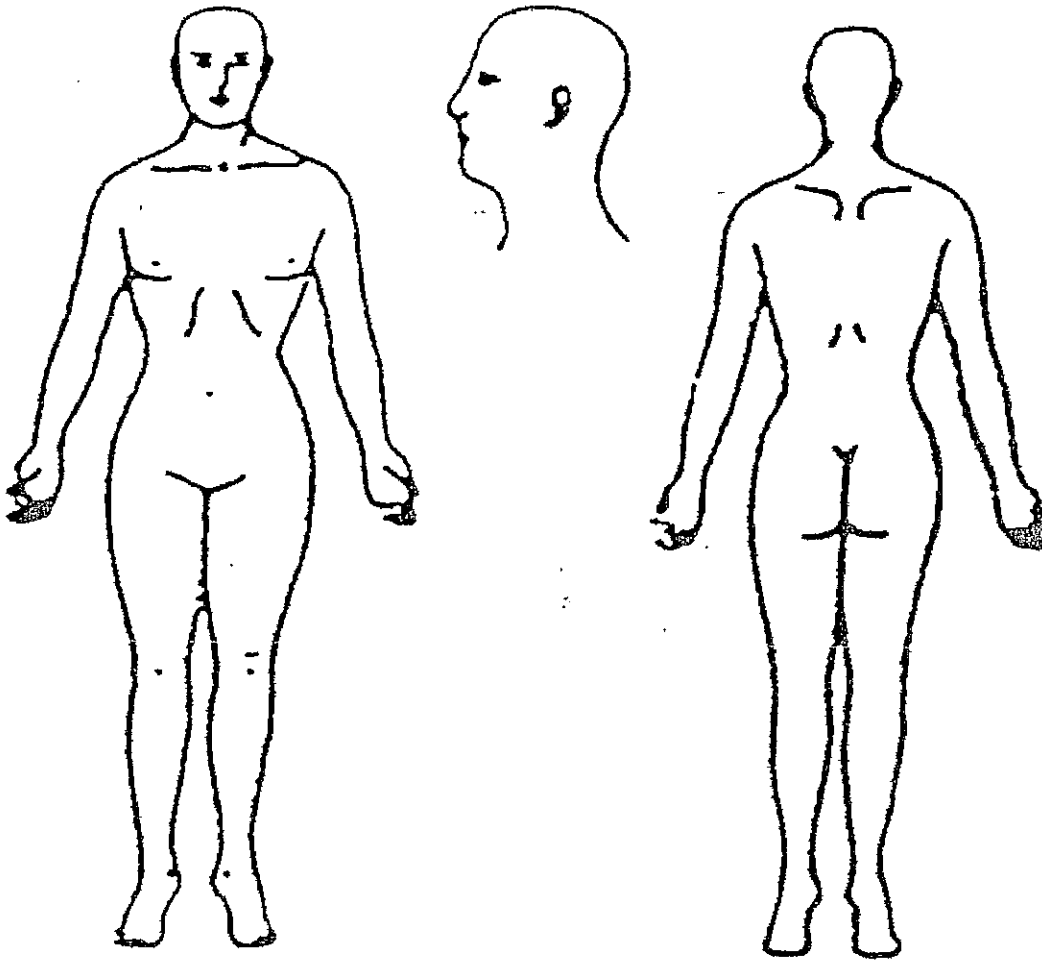
 Fecha

DIAGRAMA DE SÍNTOMAS

Nombre _____ Número _____ Fecha _____

Por favor asegúrese de llenar este formulario de forma sumamente precisa. Marque las áreas de su cuerpo donde sienta las sensaciones descritas. Utilice los símbolos apropiados. Marque áreas de dolor que irradie a otras partes e incluya todas las áreas afectadas. Usted puede dibujar en la cara así mismo.

Dolores $\wedge\wedge$ Adormecimiento $\circ\circ\circ$ Alfileres/agujas $\bullet\bullet\bullet$ Sensación de quemazón $\times\times\times$ Punzadas $///$



NECK DISABILITY INDEX QUESTIONNAIRE

Nombre Paciente: _____ Le ayuda a Doctor: _____ Fecha de Prueba: _____

Por favor Lea:

¡Este cuestionario hay diseñabas le dé la información sobre cómo al doctor su dorsal aflicción afectabas su habilidad dirija diari la vida! ¡Por favor conteste y marque cada sección cada sección solamente una caja aplique usted! ¡Vea quizás usted considere que de las declaraciones cualquiera dos uno quizás sección relacionar a pero usted agrade justo marque la caja la mayor parte allegadamente describa su problema!

Sección 1 - Aflicción la Intensidad!

- ¡No hay aflicción actualmente!
- La aflicción está actualmente muy templada.
- La aflicción es actualmente moderada.
- La aflicción es justamente recio actualmente.
- La aflicción es actualmente muy recia.
- La aflicción es actualmente la malevolísima imaginable.

Sección 2 - ¡Cuidado personal etc (Lave) Vista!

- ¡Puedo mire después de que me usualmente sin causante extra aflicción!
- ¡Puedo mire me eso provoque usualmente pero excepcionalmente aflicción!
- Vigilar y soy lento y cuidadoso a me es doloroso.
- ¡Yo alguno amparabas pero dirija de mi cuidado personal la mayor parte!
- Necesito la ayuda self-care los aspectos cotidianos y más muchos.
- ¡No asesine vista lave y quede acostad reaciamente!

Sección 3 - Levantamiento

- ¡Puedo levante pesado los pesos sin excepcionalmente aflicción!
- ¡Puedo levante pesado peso pero eso dé excepcionalmente aflicción!
- ¡La aflicción prevengame levante pesado peso pero que son colocados cómodamente puedes dirija el suelo yo e.g., mesa!
- La aflicción me previene levantamiento pesado peso pero yo que son colocados cómodamente poco puedo dirigir los pesos medianos.
- Puedo levantar solamente muy claro peso
- ¡No puedo levante o lleve algo de ningún modo!

Sección 4 - Lectura

- ¡Pueda leíste tanto como que yo quiera no aflicción mi cuello!
- ¡Pueda leíste tanto como que yo quiera desdeñe mi cuello la aflicción!
- Puedo leí la aflicción que yo quiero moderado mi cuello.
- No puedo leer la aflicción moderada mi cuello que yo quiero.
- No puedo leer tanto como que yo quiero mi cuello la aflicción recia.
- No de ningún modo puedo leer.

Sección 5 - Jaquecas

- No de ningún modo hay las jaquecas.
- Hay las jaquecas leves vienen infrecuentemente.
- Hay las jaquecas moderadas vienen infrecuentemente.
- Hay las jaquecas moderadas vienen frecuentemente.
- Hay las jaquecas recias vienen frecuentemente.
- Hay casi todo el tiempo las jaquecas.

Sección 6 - Concentración

- Totalmente puedo Concentrarme cuando yo quiero no dificultad.
- Totalmente puedo Concentrarme cuando yo quiero desdeñar dificultad.

- ¡Hay dentro dificultad un grado justamente concentrese cuando yo quiera!
- ¡Mucho hay dentro de dificultad concentrese cuando yo quiera!
- ¡Hay un dificultad por gran trato concentrese cuando yo quiera!
- No me de ningún modo puedo concentrar.

Sección 7 - Trabajo

- Puedo asesinar como mucho trabaja como yo quiero.
- Solamente puedo asesinar pero mi trabajo usual no.
- Puedo asesinarla pero de mi trabajo usual mayor parte no.
- No puedo asesinar mi trabajo usual.
- Apenas de ningún modo puedo asesinar ninguno trabajo.
- No de ningún modo puedo asesinar ninguno trabajo.

Sección 8 - Conducir

- ¡Puedo conduzca ninguno cuello mi auto aflicción!
- Puedo conducir mi auto con tal de que yo quiero la aflicción leve mi cuello.
- Puedo conducir mi auto con tal de que yo quiero la aflicción moderada mi cuello.
- No puedo conducir mi auto con tal de que yo quiero la aflicción moderada mi cuello.
- La aflicción mi cuello de ningún modo recia apenas puedo conducir.
- No de ningún modo puedo conducir mi auto.

Sección 9 - Duerma

- ¡No hay inquiete dormido!
- Mi sueño levemente es desasosegado (menor que 1 hora desvelado):
- Mi sueño levemente es desasosegado (1-2 LAS HORAS CON DUERMA AFUERA!)
- Mi sueño moderadamente es desasosegado (2-3 LAS HORAS CON DUERMA AFUERA!)
- Mi sueño grandemente es desasosegado (3-5 LAS HORAS CON DUERMA AFUERA!)
- Mi sueño completamente es desasosegado (5-7 LAS HORAS CON DUERMA AFUERA!)

Sección 10 - recreación

- ¡Sea mis actividades recreativas cuellos esposar capaz enteramente no de ningún modo aflicción!
- ¡Sea mis actividades recreativas con esposar capaz enteramente alguno aflicción mi cuello!
- ¡Esté dentro esposar capaz la mayor parte no todo pero mis actividades recreativas por aflicción mi cuello!
- ¡Sea esposar mis actividades recreativas por capaz y un pocos de aflicción n mi cuello!
- Apenas puedo asesinar actividades ningunas y recreativas aflicción mi cuello.
- No de ningún modo puedo asesinar actividades ningunas y recreativas.

**CUESTIONARIO SOBRE DISCAPACIDAD DERIVADA DE DOLOR EN LA PARTE
INFERIOR DE LA ESPALDA
(ROLAND-MORRIS)**

Nombre _____ Número _____ Fecha _____

RESULTADO: _____

Cuando le duele la espalda, puede encontrar difícil hacer algunas de las cosas que hace normalmente. Marque únicamente las frases que le describan a usted hoy en día.

- Me quedo en casa la mayor parte del tiempo debido a mi dolor de espalda.
- Cambio de posición frecuentemente para intentar adoptar una postura cómoda para la espalda.
- Camino más lentamente de lo normal debido a que me duele la espalda.
- Debido a mi espalda, no hago ninguno de los trabajos que hago normalmente en la casa.
- Debido a mi espalda, utilizo una barandilla para subir arriba.
- Debido a mi espalda, me acuesto para descansar con mayor frecuencia.
- Debido a mi espalda, tengo que agarrarme a algo para levantarme de una silla fácil.
- Debido a mi espalda, intento hacer que otras personas hagan cosas por mí.
- Me visto más lentamente de lo normal debido a que me duele la espalda.
- Solo me pongo de pie durante períodos de tiempo cortos debido a mi espalda.
- Debido a mi espalda, intento no doblarme o ponerme de rodillas.
- Encuentro que resulta difícil levantarme de la silla debido a mi espalda.
- Me duele la espalda casi todo el tiempo.
- Encuentro que es difícil darme la vuelta en la cama debido a mi espalda.
- Mi apetito no es muy bueno debido a mi dolor de espalda.
- Me cuesta ponerme los calcetines (o las medias) debido a mi dolor de espalda.
- Duermo peor debido a mi espalda.
- Debido a mi dolor de espalda, me visto con la ayuda de otra persona.
- Estoy sentado la mayor parte del día debido a mi dolor de espalda.
- Evito los trabajos pesados en la casa debido a mi espalda.
- Debido al dolor de espalda, me siento más irritable y con peor carácter de lo normal con la gente.
- Debido al dolor de espalda, subo las escaleras más despacio de lo normal.
- Me quedo en la cama la mayor parte del tiempo debido a mi dolor de espalda.

ARREGLO FINANCIERO ASEGURANSA MEDICA

Queremos tomarnos un momento para bienvenirlo a nuestra oficina para aseguramos de que usted reciba el mayor tratamiento para su cuidado. Para poder familiarizar la polisa ficial de esta oficina, nosotros queremos explicar como sus biles medicos seran tratados.

Explicacion de cubrimiento de aseguranza

Casi todas las aseguransas cubren el cuidado chiropractico, pero esta oficina no asegura que la de usted si cubrira. Las policas de aseguransas pueden diferir grandiosamente en deducibles y porcentajes en cubrimiento para cuidados chiropracticos. Dado a las variedades de una aseguransa a otra, nosotros requerimos que usted, el paciente, personal-mente se a responsable de pagar por el deducible, y como tambien cual quier balance que no cubra su aseguranza a la oficina. Nosotros haremos lo mayor para verificar el cubriemiente de su aseguransa, y mandaremos los biles a la compania en un tiempo moderado.

Asesamiento de beneficios

Atachado esta un "Asesamiento de Beneficias". Cual queremos que usted firme. Esta forma le senala a su aseguransa de mandar pagos directamente a esta oficina. Por favor firme todas estas copias de esta forma. Si endado caso su aseguransa le mada un pago usted sera responsable de mandar o traer el pago a esta oficina.

Dar informasion

Sis u aseguransa requiere reportes medicos para documentar si tratamiento y su proceso, su firma autorizara dar informasion necesaria para el proceso de su reclamo.

Terminasion voluntaria de cuidados

Si usted suspende o termina sus cuidados en cual quier tiempo, su porsion de todos los cargos para servicios profesionales son inmediatamente pagables a esta oficina. Todos los servicios rendidos por esta oficina son cargados a usted y usted ultimada-mente, sera personal-mente responsable por sup ago, no tiene que ver que clase de cubrimiento tenga su aseguransa.

Como cortesia, nosotros felizmente le cobraremos a su aseguransa. De todos modos usted sera responsable de su cuenta. Por dado caso que su aseguransa no cubra lo que dijo usted sera responsable por los pagos. Esperamos que esto conteste cual quier pregunta que usted tenga de la polisa de la oficina. Y una vez mas, lo bien venimos a nuestra oficina, y estaremos gustosos de contestar cual quier pregunta que usted tenga.

Yo ya lei y estoy de acuerdo con lo que dice arriba.

Firma del Paciente

Fecha

ACTIVIDAD DE SU ESTILO DE VIDA

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

Trabajo (favor de marca todo lo que aplique)

_____ Estoy trabajando

_____ No estoy trabajando por mi dolor

_____ Estoy trabajando per limitado por mi dolor

_____ Estoy tomando la dicision de no trabajar

Favor de explicar los detalles de su trabajo. Sea espesifico en los requerimientos fisicos y los horarios del trabajo.

Favor de notificar su nivel de dolor (circule el numero de nivel)

Bajo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

Hace ejercicio usted? Si _____ No _____

Si su respuesta es que si, favor de explicar que tipo de ejercicio y la cantidad que hace _____

Que nivel es su dedicacion a su salud?

Bajo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

Favor de leer cuidadosamente:

El tratamiento quiropractico requiere tanto tiemp como esfuerzo del paciente. El doctor le informara cuantas visitas seran para el tratamiento de su condicion. La voluntad y esfuerzo del paciente sera necesarias para que el tratamiento sea efectivo.