

Spine Spot Chiropractic

341 Market St
Basalt, CO 81621
970-924-1015

Fecha _____ Referido por _____

Nombre de pila _____

Segundo nombre _____

Apellido _____

Apodo o nombre preferido _____

Masculino Femenino

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____

DIRECCIÓN _____

Código postal _____ estado _____ código postal _____

Número Celular _____ - _____ - _____

Teléfono celular provisto para recordatorios de texto (Verizon, AT&T, T-mobile , Sprint , etc.) _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleador _____

Ocupación _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar una cita. No presentarse a una cita programada o cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación resultará en un cargo de \$140 por una cita de paciente nuevo o de \$85 por una cita de paciente existente.

He leído la política de cancelación de Spine Spot Chiropractic y acepto los términos establecidos anteriormente.

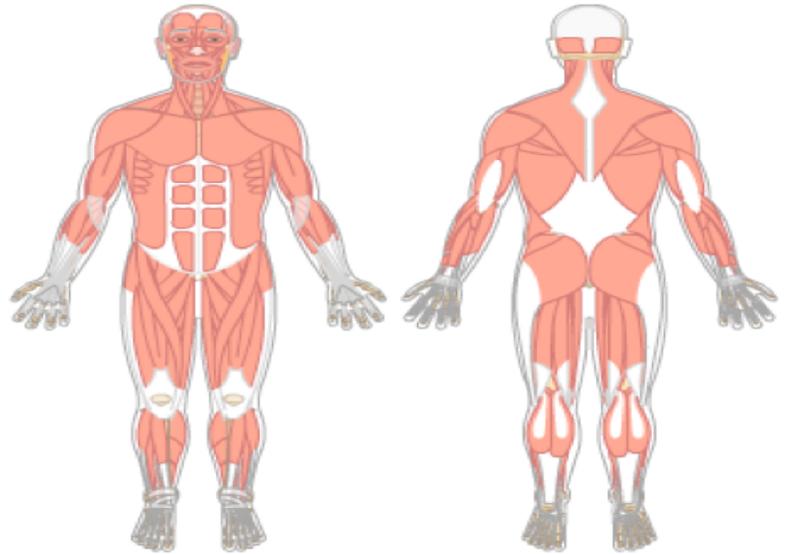
FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE _____

Asegúrese de enumerar **todas** las condiciones o síntomas, **ambos pasado y presente**.

1. qué te **ven** hoy? Además, marque en el diagrama. →

- Cabeza (dolores de cabeza)
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Dolor de cuello
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- dolor de espalda media
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Dolor lumbar
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Dolor de hombro/codo/muñeca/mano
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Dolor de cadera/rodilla/tobillo/pie
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Otro dolor _____
¿Cuánto dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Marque en el **diagrama** de arriba dónde siente **dolor**.

2. ¿Le han tomado **radiografías , resonancias magnéticas , tomografías computarizadas** u otras **imágenes de diagnóstico** ?

NO sí En caso afirmativo, indique a continuación:

- Rayos X resonancia magnética tomografía computarizada TAC Estudio de conducción nerviosa
- Otro _____

3. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento **recetado** ? o ¿ Medicamentos **sin receta**? NO sí

Enumere todos los medicamentos actuales a continuación:

_____, _____, _____,
_____, _____, _____,
_____, _____, _____,

4. Está tomando alguna **vitamina/hierba/suplemento** ? NO sí Por favor enumere a continuación:

_____, _____, _____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____, _____, _____, _____,

5. Tiene alguna **alergia conocida** ? NO sí Por favor enumere a continuación:

Ambiental: _____ Reacción(es): _____
Alimento(s): _____ Reacción(es): _____
Medicación(es): _____ Reacción(es): _____

6. Enumere todas **las cirugías** que haya tenido (es decir , apéndice, amígdalas, cesárea, muelas del juicio, fusiones espinales, cirugía de disco , etc.)

Cirugía: _____	Fecha _____

7. Alguna vez ha sido **hospitalizado** por algún motivo distinto a las cirugías mencionadas anteriormente? NO sí

Por favor enumere a continuación:

Nombre del hospital: _____ Fecha _____ Motivo de la estadía: _____
Nombre del hospital: _____ Fecha _____ Motivo de la estadía: _____

8. Enumere cualquier **enfermedad o dolencia** que haya tenido en el pasado, incluidas enfermedades infantiles (varicela, sarampión, gripe, etc.).

Listado abajo:

_____, _____, _____, _____, _____, _____

9. ¿Ha sido diagnosticado o tratado por alguna **enfermedad importante** (EPOC, Diabetes, SIDA/VIH, Cáncer, etc.)?

Listado abajo: _____, _____, _____, _____, _____

10. ¿Ha sufrido alguna **lesión física** como caídas, golpes, accidentes automovilísticos, latigazo cervical, conmoción cerebral o lesión en la cabeza, laceraciones, esguinces, torceduras, dislocaciones, huesos rotos o agrietados, etc. ? NO SÍ Por favor enumere a continuación:

_____, _____, _____, _____, _____

11. **vacunas** o **vacunas** nuevas o recientes recibidas .

Vacuna _____ Fecha _____

Vacuna contra la gripe _____ Fecha _____

Vacuna _____ Fecha _____

Otro _____ Fecha _____

12. **Enfermedades** hereditarias tanto vivas **como** fallecidas (artritis, enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, osteoporosis etc ...)

Historia familiar desconocida

M – Materna (por parte de la madre)

P – Paternal (por parte del padre)

Padre: _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Madre: _____ Fallecida NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Hermano(s) : _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Hermano(s) : _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Hermana(s) : _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Hermana(s) : _____ Fallecida NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Abuelo (H) : _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Abuela (M) : _____ Fallecida NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Abuelo (P) : _____ Fallecido NO SÍ (edad) _____ Causa _____

Abuela (P) : _____ Fallecida NO SÍ (edad) _____ Causa _____

13. **Estado civil** actual : Soltero comprometido Casado Separados Divorciada viudo complicado

14. Cada cuanto te **ejercitas** ? Ninguno 1-2 días a la semana 2-3 días a la semana 3-4 días a la semana <5 días a la semana

15. ¿ **Actualmente** fuma o usa productos de tabaco/nicotina (dips, masticables, cigarrillos, puros, vaporizadores, chicles)? NO SÍ

16. **Alguna vez** ha fumado/sumergido/masticado/vapeado en el pasado? NO SÍ

17. ¿Bebes o consumes **cafeína** ?

Ninguno

<3 tazas/porciones por día

3-6 tazas/porciones por día

>6 tazas/porciones por día

18. Bebes **alcohol** ?

Ninguno

bebedor ocasional

bebedor moderado

Tomador empedernido

19. qué te dedicas **actualmente** ?

alumno

trabajo

Ocupación? _____

¿Exigencias físicas laborales? Pesado Moderado Luz

¿Cuántas horas al día? _____

jubilado ¿Qué hacía usted antes de jubilarse? _____

otro: _____

20. **Constitucional** : ¿Tiene usted: fiebre, escalofríos, fatiga, **sudores nocturnos** , **viajes** fuera del país y cambios recientes de peso?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
21. **Alergias/Inmunología** : ¿Tiene algún problema de alergias/inmunología como: **infecciones recurrentes** , VIH/SIDA, infecciones recientes? vacunas?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
22. **Neurológico** : ¿Tiene problemas o problemas neurológicos como: **cambios en el intestino o la vejiga** , mareos, desmayos, entumecimiento, hormigueo, temblores, **convulsiones** , debilidad?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
23. **Gastrointestinal** : ¿Tiene algún problema estomacal o intestinal como: estreñimiento, diarrea, **hepatitis** , pérdida de sangre y péptico? enfermedad ulcerosa, cambio en **el color de las heces** ?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
24. **Respiratorio**: ¿Tiene algún problema respiratorio como: **sibilancias** , tos y escupir sangre?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
25. **Ojos** : ¿Tiene algún problema con los ojos como: visión borrosa, cataratas, visión doble, dolor en los ojos, uso **de anteojos** , ¿Glaucoma, enrojecimiento, pérdida de visión, lentes de contacto, luz intermitente?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
26. **Oídos** - ¿Tiene algún problema de oído como: alguna secreción, **discapacidad auditiva** , tinnitus, vértigo?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
27. **Nariz** : ¿Tiene algún problema en la nariz o en los senos nasales, como: secreción, fiebre del heno, hemorragias nasales, picazón, congestión, **dolor en los senos nasales** ?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
28. **Boca** : ¿Tiene algún problema bucal como: aftas, dolor de lengua, dolor de dientes, dolor de encías, **llagas que no cicatrizan** , sangrado, dentaduras postizas, boca seca?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
29. **Garganta/Cuello** : ¿Tiene algún problema de cuello o garganta como: bultos, **glándulas inflamadas** , dolor, rigidez, llagas que no cicatrizan, ¿ronquera, dolor de garganta?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
30. **Genitourinario** : ¿Tiene algún cambio en la función intestinal y vesical como: **micción frecuente** , disuria, hematuria, ¿Historia de cálculos, **incontinencia** o urgencia?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
31. **Psicológico** -¿Tiene o experimenta algún problema psicológico como: depresión, nerviosismo, **estrés** , etc.?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
32. **Tegumentario** : ¿Tiene algún cambio en la piel, el cabello o las uñas, como por ejemplo: placas plateadas, sarpullido en forma de mariposa, **protuberancias rojas en las espinillas** , ¿picazón, sequedad, cambios en la textura **del cabello** , bultos, cambios en la textura **de las uñas** , cambios en el color de la piel?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
33. **Cardiovascular** : ¿Tiene algún problema cardíaco como: dolor en el pecho, palpitaciones, **hinchazón de las piernas** , opresión en el pecho, malestar, dificultad para respirar, **dolor en la pantorrilla al caminar** , dificultad para respirar?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
34. **Hematológico/Linfático** -¿Tiene algún problema sanguíneo o linfático como: alguna anemia y transfusión pasada, sangrado? fácilmente, **moretones fácilmente** ?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
35. **Musculoesquelético** : ¿Tiene alguna molestia **muscular** o articular como: dolor **muscular** , traumatismo, dolor **articular** , rigidez, múltiples dolor/dolor, fibromialgia, **artritis** , osteopenia, osteoporosis, enfermedad degenerativa de las articulaciones, **problemas de disco** ?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
36. **Endocrino** : ¿Tiene algún cambio en: intolerancia al frío o al calor, **aumento de la sed** , sudoración, micción frecuente, **cambio en el apetito** , diabetes, cambio en el cabello o la piel?
 NO SÍ En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____

Hembras única sección

1. Algún **problema menstrual** (menopausia, ciclo doloroso, etc.)?
 NO sí
2. Alguna vez has tomado **anticonceptivos** ?
 NO sí
3. ¿Existe la posibilidad de que esté **embarazada actualmente** ?
 NO sí
4. ¿Tiene algún problema en los senos?
 NO sí
5. ¿Algún engrosamiento/ **bulto** en el tejido **mamario**?
 NO sí
6. Alguna vez ha tenido una **epidural** ?
 NO sí

Masculino única sección

1. ¿Algún **cambio** en la **micción** , frecuencia o urgencia?
 NO sí
2. Tiene problemas cada vez mayores **de disfunción eréctil** ?
 NO sí
3. Cualquier ¿Engrosamiento/ **bulto** en los senos o **testículos** ?
 NO sí
4. ¿Tiene **sangre** o secreción en la **orina** ?
 NO sí

37. Estás **perdiendo peso** sin intentarlo? NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
38. Ha tenido algún **cambio** en las funciones intestinales o de la vejiga (**pérdida de control**)?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
39. ¿Tiene **llagas** que **no sanan** ?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
40. ¿Tienes alguna **inusual**? ¿ **sangrado** o secreción?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
41. Algún cambio en el **color** de sus heces/deposiciones (**negras y con mal olor, de color gris**)?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
42. Ha tenido algún cambio evidente en un **mosto** o **mole** ?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
43. Ha tenido algún cambio **nuevo** en la piel o ha aparecido **sarpullido** ?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
44. ¿ Tiene tos **persistente** o ronquera ?
 NO sí En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____
45. En el espacio a continuación, explique o brinde detalles **adicionales** sobre la información que proporcionó anteriormente. Además, si hay alguna información sobre su **historial de salud** que no fue solicitada, complétela a continuación. _____

Por firma _____ Fecha de firma _____ / _____ / _____

Pagos y SuperBills

LA TARIFA POR TIEMPO DE SERVICIO se pagará en efectivo o con tarjeta en el momento del tratamiento. Este precio refleja nuestros ahorros en tarifas de servicios de contabilidad y facturación.

Examen de Paciente Nuevo	\$140
Visita al consultorio estándar	\$ 85
Visita extendida al consultorio	\$ 110
Fisioterapias	\$30
Visita al consultorio estándar de pediatría	\$ 55
Examen de Pediatría para Paciente Nuevo	\$120

Planes de prepago:

Refresh	-	Paquete de 4 pases de perforación	\$295
		\$73 por visita (Ahorro \$45)	Fecha de vencimiento <u>de un año</u>
Armadura de altitud	-	paquete de 24 pases de perforación	\$ 1,320
		\$55 por visita (Ahorro \$720)	<u>SIN</u> fecha de vencimiento
Especial para locales	-	paquete de 12 pases de perforación	\$780
		\$65 por visita (Ahorro \$240)	Fecha de vencimiento <u>de dos años</u>

SuperBill: si lo solicita, podemos proporcionarle una SuperBill para enviarla al seguro para obtener un reembolso directamente. También podemos proporcionar una SuperBill para que los pacientes de Medicare soliciten un reembolso directamente.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

Lanzamiento de fotografía

Por una buena y valiosa consideración, cuyo recibo se acusa recibo por la presente, Yo, _____, por la presente otorgo permiso a Spine Spot Chiropractic para usar mi imagen y fotografías o videos en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas, entre otras, todas las publicaciones impresas y digitales de Spine Spot Chiropractic. Entiendo y acepto que cualquier fotografía que utilice mi imagen pasará a ser propiedad de Spine Spot Chiropractic y no será devuelta.

Reconozco que dado que mi participación en Spine Spot Chiropractic es voluntaria, no recibiré ninguna compensación financiera.

Por la presente autorizo irrevocablemente a Spine Spot Chiropractic a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir esta fotografía con el fin de publicitar los programas de Spine Spot Chiropractic para cualquier otro propósito legal relacionado. Además, renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluida una copia escrita o electrónica, en el que aparezca mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías u otras compensaciones que surjan o estén relacionadas con el uso de la fotografía o el video.

Por la presente eximo de responsabilidad y libero para siempre a Spine Spot Chiropractic de todos los reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tenga o pueda tener. tener en virtud de esta autorización.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE _____

Firma del tutor si es menor de 18 años

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

Consentimiento informado para el tratamiento quiropráctico

La naturaleza del tratamiento quiropráctico: el médico utilizará sus manos o un dispositivo mecánico para mover las articulaciones. Es posible que sienta un "clic" o "pop", como el ruido cuando se "crujea" un nudillo, y puede sentir el movimiento de la articulación. También se pueden utilizar diversos procedimientos auxiliares, como compresas frías o calientes, estimulación muscular eléctrica, láser frío, ultrasonido terapéutico o hidroterapia seca.

Posibles riesgos: como ocurre con cualquier procedimiento de atención médica, es posible que surjan complicaciones después de la manipulación quiropráctica. Las complicaciones podrían incluir fracturas de huesos, distensión muscular, esguince de ligamentos, dislocaciones de articulaciones o lesiones de discos intervertebrales, nervios o médula espinal. Una lesión cerebrovascular o un derrame cerebral pueden ocurrir si las arterias del cuello sufren una lesión grave. Una minoría de pacientes puede notar rigidez o dolor después de los primeros días de tratamiento. Los procedimientos auxiliares podrían producir irritación de la piel, quemaduras o complicaciones menores.

Probabilidad de que ocurran riesgos: Los riesgos de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico se han descrito como "raros", casi con tanta frecuencia como las complicaciones que se observan al tomar una sola tableta de aspirina. El riesgo de lesión cerebrovascular o accidente cerebrovascular se ha estimado entre uno entre un millón y uno entre veinte millones y puede reducirse aún más mediante procedimientos de detección. La probabilidad de reacciones adversas debido a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

Otras opciones de tratamiento que podrían considerarse pueden incluir las siguientes:

- *Analgésicos de venta libre.* Los riesgos de estos medicamentos incluyen irritación del estómago, hígado y riñones, y otros efectos secundarios en un número importante de casos.
- *Atención médica,* típicamente antiinflamatorios, tranquilizantes y analgésicos. Los riesgos de estos fármacos incluyen multitud de efectos secundarios indeseables y dependencia del paciente en un número importante de casos.
- *La hospitalización* junto con la atención médica aumenta el riesgo de exposición a enfermedades transmisibles virulentas en un número significativo de casos.
- *La cirugía* combinada con la atención médica añade riesgos de reacciones adversas a la anestesia, así como un período de convalecencia prolongado en un número importante de casos.

Riesgos de no recibir tratamiento: El retraso del tratamiento permite la formación de adherencias, tejido cicatricial y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir aún más la movilidad esquelética e inducir ciclos de dolor crónico. Es muy probable que un retraso en el tratamiento complique la afección y dificulte la rehabilitación futura.

Riesgos inusuales: Me han explicado los siguientes riesgos inusuales de mi caso.

He leído la explicación anterior del tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad de que mis preguntas fueran respondidas satisfactoriamente. He evaluado minuciosamente los riesgos y beneficios de someterse a un tratamiento. He decidido libremente someterme al tratamiento recomendado y por la presente doy mi pleno consentimiento al tratamiento.

Nombre impreso _____ Fecha de firma : _____

Consentimiento para evaluar y tratar a un menor Yo, _____ siendo el padre o tutor legal de _____ he leído y entiendo completamente el consentimiento informado anteriormente y por la presente doy permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Nombre impreso _____

por firma _____ Fecha de firma: _____

**RECONOCIMIENTO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que tengo la oportunidad de revisar una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que se encuentra en nuestro sitio web, www.roaringforkchiropractor.com, y que lo leí o rechacé la oportunidad de leerlo, pero entiendo Spine Spot Chiropractic está sujeto al Aviso de prácticas de privacidad con respecto a mis registros médicos.

Entiendo que este formulario se colocará en mi expediente de paciente y se mantendrá durante seis años.

Fecha: _____

del paciente : _____
(por favor imprimir)

del paciente : _____

Tutor : _____
(si el paciente es menor de edad)

* * * Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad para sus propios registros, * * *
háganoslo saber en la recepción y le proporcionaremos uno.