



Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección Física: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Trabajo/Cellular : (____) _____ - _____

Número de Seguro Social : _____ Correo Electrónico: _____

Género: Male Female Estado Civil : Soltera/a Casada/o Divorciada/o Viuda/**Estudiante** Sí No

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono : (____) _____ - _____

Datos de Facturación:

Es su condición debido a un accidente? Sí No Si respondiste sí, fecha de accidente? ____/____/____

el accidente ocurrió en el trabajo? Sí No Si respondiste sí, Número de reclamo #: _____

Nombre del empleado en el momento del accidente: _____

Fue esto un accidente automovilístico? Sí No Tuviste la culpa? Sí No

Nombre de SU aseguradora de auto .: _____

A Presentado un reclamo con SU aseguradora de auto? Sí No Número de reclamo #: _____

Nombre del Ajustador: _____ Número de contacto #: _____

Usted tiene PIP cobertura? Sí No Cuanta cantidad tiene disponible de PIP? Sí No

Si contestó Sí Cantidad \$ _____

Nombre de la otra persona conduciendo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la aseguradora de la otra persona.: _____ Teléfono: _____

Tiene un abogado? Sí No

Si responde Sí, Nombre de su abogado: _____ Teléfono: _____

Información De Su Seguro Médico

Nombre de la compañía de su seguro médico : _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de póliza: _____

Nombre del asegurado: _____ Nombre del suscriptor: _____

Número de seguro social #: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre del empleado : _____ Teléfono: _____

En caso de que esta lesión haya sido causada por un accidente y no tenga su número de reclamo ni la fecha de la lesión, Por favor llámenos tan pronto que obtenga esta información de modo que podamos facturarle a su aseguradora de manera oportuna.

Le facturamos a la empresa de seguros como cortesía para usted. Requerimos que presente pruebas de la cobertura del aseguramiento, tales como el número de reclamo y la fecha de la lesión de su cita, al no proporcionar esta información dará lugar a que sea financieramente responsable, siempre que la información se nos proporcione. Recuerde que su contrato de seguro médico es entre usted y su compañía de seguros y está destinado a cubrir problemas de salud no relacionados con lesiones laborales o accidentes automovilísticos. Usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por su plan de beneficios. Apreciamos su cooperación.

Imprime Su Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Paciente : _____

Paciente para completar las siguientes secciones

Apellido :	Nombre:	MI:	Telefono de día:
Date:	Patient #:		Teléfono de noche:

Enumere las razones/condiciones de su visita en orden de importancia, lo más importante en la parte superior :	fecha en que primero se dio cuenta:	Dolor y/o Síntomas Circule el número que mejor refleje su condición: (0= Sin efecto 10= Grave)	Dolor y/o Síntomas Circule cuánto del tiempo su experiencia su condición:
A.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	25% 26-50% 51-75% 76-100%
B.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	25% 26-50% 51-75% 76-100%
C.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	25% 26-50% 51-75% 76-100%
D.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	25% 26-50% 51-75% 76-100%

Para cada condición enumerada arriba, indique cómo sucedió :

- A. Desarrollo con el tiempo Enfermedad Lesión Accidente Automovilístico Otro _____ No lo se
- B. Desarrollo con el tiempo Enfermedad Lesión Accidente Automovilístico Otro _____ No lo se
- C. Desarrollo con el tiempo Enfermedad Lesión Accidente Automovilístico Otro _____ No lo se
- D. Desarrollo con el tiempo Enfermedad Lesión Accidente Automovilístico Otro _____ No lo se

Para cada condición enumerada arriba indique si es mejor o peor con cualquiera de los siguientes:

- | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | Caliente | Frio | Descanso | Actividad | Otro: _____ |
| A. | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor |
| B. | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor |
| C. | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor |
| D. | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor |

FRONT

BACK

Por favor marque las áreas de su incomodidad en las figuras de la derecha usando el símbolo que mejor describe la sensación: +++ agudo, puñalada; 000 hormigueo; VVV aburrido; ;/// entumecimiento

Por favor indique si su condición limita alguna de las siguientes condiciones:

	Normal	Algo Limitado	Severamente Limitado
Actividad			
Levantamiento _____			
Flexion _____			
En Pie _____			
Para Caminar _____			
Sentado _____			
Subiendo escaleras _____			
Corriendo _____			
Descansando _____			
Coito _____			
Trabajo de computadora _____			
Trabajo Normal _____			
Actividades domésticas _____			
Actividades recreativas _____			
Otro _____			
Comentarios:			

Acute Chiropractic Center

Telefono: 509-902-1222 Fax: 509-902-1223

2405 West Washington Ave Suite 140 Yakima, WA 98903

Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha:
-----------	---------	-----	--------

Durante qué hora del día te sientes peor? _____

Duermes bien? Si No

Cuales son tus horas normales de sueño? _____

Está actualmente bajo el cuidado de un médico u otro proveedor de atención médica por cualquier condición?

Si No Condición : _____

Nombre del doctor/proveedor: _____ Telefono: _____

Alguna vez ha tenido una estadia de mas de una noche en un hospital o un cirugía de cualquier tipo? Si No

Fecha y descripción : _____

Fecha y descripción: _____

Ase ejercicio ? Si No

Descripción: _____ Frecuencia/Minutos por sesión: _____

Descripción: _____ Frecuencia/Minutos por sesión: _____

Historia personal

Lea la siguiente lista y marque cualquiera que corresponda a usted:

•Tipos de dolor•

- El dolor severo interrumpe el sueño
- Dolor constante no mejorado al cambiar de posición o acostarse

•Dolor en el cuerpo•

- Dolor de cuello con dificultad para comer
- Rigidez extrema del cuello con dolor o descargas eléctricas en brazos/piernas cuando mueve el cuello
- Dolor en las piernas que empeora con ejercicio pero se alivia con descansando
- Pérdida de sensibilidad en la parte interna de los musculos
- Dolor de espalda con problemas urinarios

•Condición diagnosticada/ Historia médica previa•

- Trastorno congénito de huesos o articulaciones
- Atritis Reumatoide
- Atritis degenerativa severa
- Historia de fractura por compresión
- Historia de ataque al corazón
- Historia de accidente cerebrovascular o aneurisma
- Antecedentes de cáncer o actualmente diagnosticado con cáncer

•Condiciones Actuales•

- Incapaz de equilibrar adecuadamente
- Pérdida de peso reciente sin explicación
- Debilidad muscular progresiva reciente o temblor
- Vision borrosa o doble, mareos, nauseas o desmayos cuando el cuello está en una posición determinada
- Accidente grave reciente como una caída desde una altura, latigazo cervical o un golpe en la cabeza
- Pérdida de memoria después de una lesión

- Diabetes con pies fríos, quemados o entumecidos
- Gota
- Lupus
- Espondilitis anquilosante
- Inmunosupresión debido a la quimioterapia, trasplante de organos, ect
- 3 o más meses de uso de medicamentos esteroides o drogas intravenosas (pasadas y presentes)

Historia familiar

Por Favor lea la siguiente lista y marque cualquiera que se aplique a usted:

- Trastornos autoinmunes
- Cancer
- Enfermedad del corazón
- Enfermedad mental
- Artritis
- Diabetes
- Enfermedad del riñón
- Trastorno convulsivo

Comentarios : _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

La ley de **Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico** se refiere a la seguridad de su información personal y médica. Respetamos su privacidad y sus derechos, por lo que seguimos estas pautas aun corresponda a nuestra oficina.

Una lista parcial de **sus derechos** incluye pero no se limita a permitir (o prohibir) que los proveedores de atención médica **revelen información con su permiso** cuando sea necesario para otras personas involucradas en su atención médica como aseguradoras, médicos, asistentes de atención domiciliaria y familiares, amigos y otros representantes de atención médica que comparten la responsabilidad de su bienestar o la facturación de los servicios prestados.

La información incluye, entre otros, registros médicos, informes de diagnósticos, tratamientos, pruebas y resultados, facturación y derivaciones, así como datos personales, como fecha de nacimiento, etc.

Coordinaremos con todas las partes necesarias para un tratamiento rápido, preciso y efectivo y una facturación adecuada. Con mucho gusto le explicaremos todos los aspectos de su cuidado a usted o a las personas asignadas que desee.

Políticas Privadas de Acute Chiropractic

La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud** están en vigencia (**HIPAA**). HIPAA tiene ciertos requisitos con los cuales los proveedores de servicios de salud deben cumplir.

Estamos obligados a darle a cada paciente un aviso de practica de privacidad (ver arriba) en el que podremos usar su información de salud protegida. Por favor, firme a continuación, indicando que recibió el aviso.

Nombre del Paciente: (Impreso) _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Política de Cancelación de la oficina: NUESTRA OFICINA PARA CANCELACIONES DE CORTO PLAZO O CITAS FALLIDAS: Primera cancelación de aviso corto o /no show resultara como una advertencia. La siguientes cancelaciones con poco tiempo de aviso y no se presenta incurrirá en un cargo de \$75 por cita perdida, le cobraremos a usted no a su aseguranza.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Liberacion de Informacion

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente, doy mi doy mi consentimiento para la divulgación de mi información confidencial médica y del paciente en posesión del médico mencionado anteriormente sobre otros profesionales de la salud y quienes me envian y a la compañía de seguros u otra entidad responsable del pago, utilización y / o revisión de calidad para todos o una parte de mi cuidado y tratamientos.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o la Persona Autorizada

Aceptó ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho los arreglos. Además, autorizo la distribución de cualquier información médica o de otra índole necesaria para procesar reclamaciones de seguros. Esta oficina se compromete a proteger su privacidad y garantizar la seguridad de su información personal.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del asegurado o del Paciente Autorizado

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor de atención médica mencionado anteriormente por los servicios descritos. También solicitó el pago de beneficios del gobierno a la parte que aceptan la asignación.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____