



APLICACIÓN DEL PACIENTE

Nos especializamos en ayudar a nuestros pacientes a lograr su más alto nivel de salud a través de nuestros programas de corrección postural de la columna. Nuestro enfoque es único y más avanzado que otros programas de rehabilitación. Esto permite a nuestros pacientes lograr resultados muy superiores en comparación con la mayoría de los otros sistemas.

Por favor, complete la siguiente información para que el doctor le indique si es posible que nosotros aceptemos su caso. No dude en hacer cualquier pregunta si necesita ayuda. Esperamos poder servirle.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____



ENCUESTA DE APLICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo _____ Fecha de Hoy _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Seguro Social _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Correo Electrónico _____ Número de ITIN _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Teléfono Móvil _____ Género: Femenino Masculino

Ocupación _____ Estatus Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Contacto de Emergencia _____ Telefono Emergencia _____

¿Cómo supo sobre nosotros? Radio Google Facebook Instagram Yelp Website Familiar/Amigo

¿A quién agradecemos por su referido? _____

PROPÓSITO DE ESTA VISITA

Problema de Salud	Fecha cuando comenzó su condición	Frecuencia	Severidad 1 al 10
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____

¿Hay condiciones que están empeorando?? SI NO

La condición es: Constante Frecuente Ocasional Relacionada con actividad

¿Cómo describiría su dolor o malestar? (Marque todo lo que aplica.)

- Ligero Adolorido Pulsante Rígido Agudo Punzante Corrientazo
- Intenso Ardiente Restringido Otro (describa) _____

¿Su condición interfiere con cuál de los siguientes:

- Trabajo Dormir Deportes Pasatiempos Rutina diaria (describa) _____

¿Qué actividades agravan sus síntomas?

- Toser Estornudar Ejercer fuerza Levantarse Doblarse Empujar Halar Cargar peso
- Conducir Sentarse Caminar Correr Pararse Acostarse Moverse Agacharse

¿Hay algo que haya aliviado sus síntomas? SI NO

- Hielo Calor Masaje Descanso Ejercicio Sentarse Pararse Medicamentos Inyecciones
- Estiramiento Acostarse Acupuntura Meditación Otro _____

PROPÓSITO DE ESTA VISITA (continuación)

¿Su dolor se irradia o viaja desde el área principal? NO SI, ¿dónde? _____

¿Experimenta entumecimiento y/o hormigueo en alguna parte? NO SI, ¿dónde? _____

¿A quién ha visto para esto? _____ ¿Qué hicieron ellos? _____

¿Cómo se sintió o reaccionó? _____

EXPERIENCIA CON LA QUIROPRACTICA

¿Ha visto a un quiropráctico antes? SI NO ¿Cuándo? _____

Razones para las visitas: _____

¿Su quiropráctico anterior tomó radiografías antes y después? SI NO

¿Sabía que la postura determina su salud? SI NO

¿Es consciente de alguno de sus malos hábitos posturales? SI NO

Por favor, explique: _____

La debilidad postural más común es el síndrome de la cabeza adelantada (la cabeza y el cuello comienzan a inclinarse hacia adelante y se mueven progresivamente hacia abajo, debilitando todo el cuerpo). Incluso, las formas menos severas de esta postura pueden causar muchos efectos adversos en su salud en general.

¿Alguna vez le han dicho o ha sentido ganas de llevar la cabeza hacia adelante, ha notado un redondeo de sus hombros o una "joroba" en desarrollo en la base de su cuello? SI NO

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

¿Hace ejercicio? SI NO ¿Con qué frecuencia a la semana? (Circule) 1 2 3 4 5

¿Cuáles actividades? Correr/Caminar Levantar pesas Ciclismo Yoga/Pilates Otro: _____

¿Fuma? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____

¿Toma alcohol? SI NO ¿Cuál es la frecuencia semanal? _____

¿Toma café? SI NO ¿Cuántas tazas por día? _____

¿Toma bebidas energizantes? SI NO ¿Cuál es la frecuencia semanal? _____

¿Toma algún suplemento nutricional, vitaminas, minerales, hierbas? SI NO

Enliste: _____

CONDICIONES DE SALUD

Los hábitos anormales y las distorsiones posturales son el resultado de los traumas y del estrés al que se ha expuesto su cuerpo desalineando las vértebras en la columna. Cuando estas vértebras se tuercen y se salen de su posición normal, causarán tensión en la médula espinal y en los delicados nervios que pasan entre las vértebras. Estos desplazamientos se denominan subluxaciones. Se ha documentado ampliamente que las subluxaciones, que causan tensión en los nervios, debilitarán y distorsionarán la estructura general de la columna vertebral. Esto resulta en una POSTURA debilitada y distorsionada. Las distorsiones posturales tienen muchos efectos graves y adversos en su salud en general. Las distorsiones posturales más comunes y perjudiciales se denominan el síndrome de la cabeza hacia adelante (una postura "encorvada hacia adelante", la cabeza y el cuello comienzan a inclinarse hacia adelante y se mueven progresivamente hacia abajo, debilitando todo el cuerpo). Marque cualquier condición de salud que pueda estar experimentando, ahora o en el pasado.

ÁREA CERVICAL (CUELLO)

Las distorsiones posturales de las subluxaciones (que causan el síndrome de la cabeza hacia adelante) en el cuello debilitarán los nervios de la cabeza, los brazos, los codos, las manos y los dedos, y afectarán estas partes del cuerpo. ¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas de subluxaciones? Marque todo lo que aplica.

- Dolor de cuello Problemas de tiroides Quijada/Dolor/Chasquido Fatiga general Alergias Olvido
- Dolores de cabeza/migrañas Sinusitis Mareos Insomnio Alteraciones auditivas Alteraciones visuales
- Bajo metabolismo Problemas de la piel: acné/sequedad Depresión/Ansiedad Dificultad para perder peso
- Dificultad para concentrarse/AHDH Resfriados/gripes recurrentes Frío/sudoración en las manos
- Dificultad para concentrarse Dolor en los hombros/brazos/manos Agitación hormonal
- Entumecimiento/hormigueo en brazos/manos Debilidad en el agarre de las manos

¿Cuál es su posición al dormir? Bocarriba Bocabajo Lado Izquierdo Lado Derecho

¿Cuán vieja es su almohada? _____ ¿Cuán viejo es su colchón? _____ ¿Es Firme o Suave?

¿Usted nació a través de parto natural o cesárea? ¿Usted nació en una casa o en el hospital?

¿Su madre tuvo alguna complicación durante el embarazo suyo? NO SI, explique _____

ÁREA TORACICA (ESPALDA ALTA)

Las distorsiones posturales de las subluxaciones (resultantes del síndrome de la cabeza hacia adelante) en la parte superior de la espalda debilitarán los nervios del corazón y los pulmones y afectarán estas partes del cuerpo. ¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas de subluxaciones? Marque todo lo que aplica.

- Palpitaciones del corazón Soplos en el corazón Asma/Silbido al respirar Taquicardia
- Dificultad para respirar Ataques cardíacos/angina Dolor de pecho
- Infecciones pulmonares/bronquitis recurrentes Dolor al inhalar/exhalar profundamente

ÁREA TORACICA (ESPALDA MEDIA)

Las distorsiones posturales de las subluxaciones (resultantes del síndrome de la cabeza hacia adelante) en la parte media de la espalda debilitarán los nervios en las costillas/tórax y el tracto digestivo superior, y afectarán estas partes de su cuerpo. ¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas de subluxaciones? Marque todo lo que aplica.

- Dolor en la parte media de la espalda Náuseas Indigestión/acidez estomacal
- Dolor en las costillas/pecho Úlceras/Gastritis Hipoglucemia
- Reflujo ácido Cansancio/irritabilidad después de comer o cuando no ha comido

ÁREA LUMBAR (ESPALDA BAJA)

Las distorsiones posturales de las subluxaciones en la espalda baja (como resultado del síndrome de la cabeza hacia adelante) debilitarán los nervios de los glúteos, las piernas, las rodillas, los tobillos, los pies y los órganos pélvicos (genitales, intestinos, recto), y afectarán estas partes del cuerpo. ¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas de subluxaciones? Marque todo lo que aplica.

- Dolor lumbar/cintura/espalda baja/pelvis Calambres musculares en las piernas/pies
- Dolor en sus caderas/piernas/pies Debilidad/lesiones en sus caderas/rodillas/tobillos
- Entumecimiento/hormigueo en piernas/pies Infección de orina recurrente Disfunción sexual
- Frío en las piernas/pies Frecuencia/dificultad para orinar Infertilidad
- Estreñimiento/Diarrea/Gases/Distensión abdominal Irregularidades/calambres menstruales (mujeres)
- Número de embarazos ____ Número de abortos ____ Número de partos ____

Por favor, indique cualquier condición de salud no mencionada: _____

AUTORIZACIÓN DE SU CASO

Autorizo y acepto permitir que el doctor trabaje con mi columna usando ajustes vertebrales y ejercicios de rehabilitación con el único propósito de la restauración postural y estructural de la función neurológica y biomecánica normal. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados y acepto garantizar el pago completo de todos los cargos. El doctor no será responsable de ninguna condición de salud o diagnósticos preexistentes dados por otro profesional de la salud o que no estén relacionados con las condiciones estructurales de la columna diagnosticadas en esta clínica. También entiendo claramente que, si no sigo las recomendaciones específicas del doctor en esta clínica, no recibiré el beneficio completo de estos programas, y que, si termino mi atención prematuramente, todas las tarifas incurridas vencerán y serán pagaderas en ese momento. Autorizo que la asignación de todos los beneficios del seguro sea dirigida al doctor por todos los servicios prestados.

Nombre del Paciente	Fecha	Firma del Paciente
Nombre del Paciente Menor de Edad	Fecha	Firma del Guardian

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

LO SIGUIENTE AUTORIZA A VITAE CHIROPRACTIC CLINIC A UTILIZAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

Autorizo a Vitae Chiropractic Clinic a usar mi nombre, dirección, números de teléfono y registros clínicos para contactarme a través de correo de voz/texto/correo electrónico, tarjetas de cumpleaños, tarjetas relacionadas con las festividades, correos electrónicos y mensajes de texto relacionados con la salud e información sobre alternativas de tratamiento y/o otra información relacionada con la salud, así como anuncios, boletines o publicaciones del paciente de la semana/mes. Doy permiso a Vitae Chiropractic Clinic para que me trate en una sala abierta donde también están siendo tratados otros pacientes. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar parte de mi información médica protegida durante mi tratamiento. Si necesito hablar con un doctor o fisioterapeuta en privado, el doctor o terapeuta proporcionará una sala privada para estas conversaciones.

Al firmar lo siguiente, otorgo permiso a Vitae Chiropractic Clinic para usar y divulgar mi información médica protegida de acuerdo con las directivas enumeradas anteriormente.

ACUSE DE RECIBO y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, entiendo y reitero el recibo de la notificación y la información sobre las prácticas de privacidad que me brindan una descripción más completa sobre los usos y las divulgaciones de la información, y entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar la notificación antes de firmar este consentimiento.
- El derecho a oponerse al uso de mi información de atención médica para propósitos de directorio.
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de atención médica en esta oficina para llevar a cabo un tratamiento, pago u operación de atención médica.

Nombre del Paciente	Fecha	Firma del Paciente
Nombre del Paciente Menor de Edad	Fecha	Firma del Guardian



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO Y ACUERDO FINANCIERO

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por parte del doctor o interno afiliado con Vitae Chiropractic Clinic.

Entiendo que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la atención quiropráctica no espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y las complicaciones asociadas. Deseo confiar en que el doctor ejerza su juicio profesional durante el procedimiento que el doctor considere en ese momento, basado en los hechos entonces conocidos, que sea lo mejor para mí.

Acuerdo financiero: Acepto que, a cambio de los servicios provistos por Vitae Chiropractic Clinic, pagaré mi cuenta en el momento en que se presten los servicios y/o haré los arreglos financieros satisfactorios con Vitae Chiropractic Clinic para los pagos correspondientes. Si una cuenta se envía a cobranzas, acepto pagar los gastos de cobranza. Entiendo y acepto que, si mi cuenta está morosa, se me puede cobrar una tarifa de servicio. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente o cualquier otra parte responsable ante el paciente se asigna a Vitae Chiropractic Clinic. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de la factura.

Vitae Chiropractic Clinic acepta la determinación de cargo de la aseguradora como el cargo total, y solo soy responsable del deducible, el coaseguro, los copagos y los servicios no cubiertos. El coaseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos del proveedor y se deben pagar al momento del servicio.

También entiendo que, si cancelo o no me presento a una cita programada en Vitae Chiropractic Clinic, se me puede cobrar una tarifa de cancelación que queda a la discreción de Vitae Chiropractic Clinic.

Cesión de beneficios: Acepto que los pagos destinados a Vitae Chiropractic Clinic a cambio de los servicios que me brindó que están cubiertos por la póliza de seguro y se envían al paciente que suscribe o al destinatario autorizado en nombre del paciente serán reembolsados a Vitae Chiropractic Clinic.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Al firmar a continuación, acepto lo anterior y permito que el doctor o interno, afiliado a Vitae Chiropractic Clinic, lo realice. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento y acuerdo financiero cubra el curso completo del tratamiento de mi condición actual y de cualquier condición futura para la cual busque tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Nombre del Paciente Menor de Edad

Fecha

Firma del Guardian