

**Perfil de salud de Paramount Health Chiropractic**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico Casa: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Compañía telefónica: \_\_\_\_\_

¿Para confirmar sus citas, cual prefiriera? **SMS** o **Correo**?

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

SOLTERO/CASADO/DIVORCIADO/VIUDO Nombre de esposo/a: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Nombres, edades, genero: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

**Enumere sus molestias principales a continuación**

Molestias según severidad	¿Dolor del 1-10?	¿Ha tenido esta molestia antes, cuando?	¿Empezó esta molestia debido a una herida?	¿Sus síntomas son constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

¿Ha visitado algún doctor alguna de estas molestias anteriormente? si/no

¿Quiropráctico? \_\_\_\_\_ ¿Médico? \_\_\_\_\_ ¿Algún otro? \_\_\_\_\_

¿Quién y cuándo? \_\_\_\_\_

**Circule todos los problemas que tiene actualmente**

Marero	Problemas en garganta	Trastorno estomacales	Nausea	ADHD
Dolores de cabeza	Problema de tiroides	Problemas de riñones	Dolor en cadera	Dolor en rodilla
Vértigo	Dolor en hombro	Dolor en espalda media	Dolor en pierna	Nerviosismo
Infecciones de oído	Enfermedad de hígado	Problemas digestivas	Asma	Epilepsia
Úlceras	Entumecimiento en brazos	Entumecimiento en pies	Migrañas	Seno facial
TMJ	Entumecimiento en manos	Entumecimiento en piernas	Fatiga crónica	Lupus
Dolor en cuello	Dolor en espalda baja	Trastorno de corazón	Ansiedad	Ciática
Fibromialgia	Dolor en pecho	Dolor en brazo	Infertilidad	Reflejo gástrico
Problemas en discos	OTRO: _____			

**Circule alguna condición que tenga o haya tenido:**

Derrame cerebral      cáncer      enfermedad cardíaca      cirugía en columna      convulsiones  
fractura en columna      escoliosis      diabetes

Anotar todos los medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anotar cualquier procedimiento quirúrgico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando fue su último accidente automovilístico \_\_\_\_\_  
¿ha recibido cuidado quiropráctico? Si/no  
Si si, Dr. & fecha \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha sido golpeado y quedado inconsciente? si/no  
¿Se ha fracturado algún hueso? Si/no  
Si, si por favor de describir \_\_\_\_\_  
¿Algún otro trauma? \_\_\_\_\_

Si este perfil de salud es para un menor de edad, favor de llenar y firmar lo siguiente

**Consentimiento escrito para menor de edad**

Nombre de miembro de practica quien es menor de edad \_\_\_\_\_

Yo autorizo que Dr. John Jones y cualquier otro miembro de la práctica realice procesos para diagnosticar, evaluaciones radiográficas, prestar atención quiropráctica y realizar ajustes quiroprácticos a mi menor de edad.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención es revocada o alterada, para mi menor/hijo. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar la atención es revocada o alterada, notificaré inmediatamente a la unidad quiropráctica.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE GUARDIÁN/PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE TESTIGO

\_\_\_\_\_  
RELATION ENTRE GUARDIÁN Y PACIENTE

# "Establecer metas es el primer paso para convertir lo invisible en visible."

- Tony Robbin

## ¿En qué le gustaría mejorar?

Menos alergias	Menos dolores de cabeza,	Menos entumecimiento en extremidades
Mejor rendimiento Atlético	Mejores patrones para dormir	Menos días enfermos (mejor inmunidad)
Mas energía	Menos dolor	Menos ansiedad
Mejor movilidad	Mejor digestion	Aumento de actividad
Aumento de actividad		

## **¿cuales son sus objetivos principales?**

Algunos objetivos que algunos de nuestros miembros han logrado: cargar a sus hijos sin dolor; sentarse cómodamente en el suelo; jugar con sus nietos sin dolor; más energía para hacer ejercicio; correr un Maratón; menos síntomas de asma; ¡y muchos más!

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## **¡ Déjanos ayudar a su familia!**

¡Nos encanta servir a toda la familia! El cuidado quiropráctico es algo que le interesaría para la salud de su familia?

---

---

¿Si no, por que? \_\_\_\_\_

## **HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR**

ESTA PÁGINA ES PARA AYUDAR A LOS DOCTORES CON EL HISTORIAL DE SU FAMILIA PARA SU PERFIL DE SALUD.

Fecha: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN	ESOSO/ESOSA	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
Dolor en brazo					
Artritis					
Asma					
ADD/ADHD					
Alergias					
Problemas en espalda					
Mojar cama					
Cancer					
Tunel carpiano					
Diabetes					
Problemas digestivos					
Problemas en disco verticales					
infecciones en oídos					
Fibromialgia					
Dolores de cabeza					
Acidez					
Alta presión sanguínea					
Dolor en cadera					
Dolor en pierna					
Trastorno menstrual					
Migranas					
Dolor en cuello					
Escoliosis					
Dolor en brazo					
Senos faciales					
TMJ					

## **Consentimiento informado para la atención quiropráctica**

La atención quiropráctica, al igual que todas las formas de atención médica, mientras que ofrece considerables beneficios, también puede proporcionar cierto nivel de riesgo. El nivel de riesgo en la mayoría de los casos es muy mínimo, pero en ciertos casos raros puede resultar con una lesión. Los tipos de complicaciones reportados asociados con el cuidado quiropráctico incluyen: esguinces, irritación en discos de la columna, y raramente fracturas. Una las complicaciones más raras asociadas con el cuidado quiropráctico que puede ocurrir entre uno en un millón y uno en dos millones es la lesión vertebral cervical que puede causar un derrame cerebral.

Antes de recibir cualquier cuidado quiropráctico en esta oficina, se completará un historial médico y se realizará una examinación física. Estos procedimientos son para evaluar sus condiciones específicas, su salud general y en particular su salud espinal. Estos procedimientos nos ayudarán a determinar si se necesita atención quiropráctica o si hay alguna razón para modificar su atención o proporcionarle una referenda a otro proveedor de atención médica. Todos los hallazgos relevantes se le informarán junto con un plan de cuidado antes de comenzar su tratamiento.

**Yo entiendo y aceptó que hay riesgos asociados con el cuidado quiropráctico y doy consentimiento a la examinación que el doctor considere necesario al igual a el cuidado quiropráctico, incluyendo ajustes espinales, según lo informado después de mis evaluaciones.**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Si el paciente es menor de edad, padre o guardián por favor de firmar a continuación.***

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con menor de edad/paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo (personal de practica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Términos de aceptación**

Con el fin de proporcionar el mejor ambiente de recuperación, la aplicación más efectiva de los procedimientos quiroprácticos y una relación médico-paciente sólida, es nuestro deber proporcionar a cada paciente un conjunto de parámetros y declaraciones que faciliten el objetivo de una salud óptima a través de cuidado quiropráctico.

Con ese fin, le pedimos que reconozca las siguientes declaraciones con respecto a la atención y servicios quiroprácticos que ofrecemos en esta clínica.

- A.** La quiropráctica es una ciencia muy específica, autorizada por ley para abordar las preocupaciones y necesidades de la salud espinal. La quiropráctica es una ciencia, arte y práctica separado y distinto a la medicina. No es la práctica de la medicina.
- B.** La quiropráctica busca maximizar el poder curativo inherente del cuerpo humano mediante la restauración de las funciones nerviosas normales a través de los ajustes de las subluxaciones espinales. Las subluxaciones son desviaciones de las estructuras y configuraciones espinales normales que se relacionan con los procesos nerviosos normales.
- C.** El proceso de un ajuste quiropráctico, como se define en la ley de esta jurisdicción, implica la aplicación de una fuerza dirigida a una región o regiones específicas de la columna vertebral con la intención de reubicar segmentos espinales desalineados.
- D.** Un examen y evaluación quiropráctica completa es parte del procedimiento quiropráctico estándar. La meta de este procedimiento es identificar cualquier problema en su columna vertical y establecer las necesidades quiroprácticas. Si durante este proceso se identifica una condición o pregunta afuera del cuidado quiropráctico usted recibirá una referenda inmediatamente de un proveedor especialista apropiada según las indicaciones del problema.
- E.** La quiropráctica no busca reemplazar o competir con sus profesionales médicos, dentales u otros tipos de profesionales de la salud. conservan la responsabilidad del cuidado.v el manejo de las condiciones médicas. No ofrecemos consejos sobre el tratamiento prescrito por otros.
- F.** El cumplimiento de su tratamiento, su cuidado personal y su cuidado en casa, etc., son esencial para la curación máxima y la salud óptima a través de la quiropráctica.
- G.** Lo invitamos a hablar con franqueza con el médico sobre cualquier asunto relacionado con su tratamiento que recibe en esta oficina, su naturaleza, duración o costo, en lo que trabajamos para mantener un entorno abierto y de apoyo.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores. Todas las preguntas sobre los objetivos del médico relacionados con mi tratamiento en este consultorio han sido respondidas a mi satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre este fundamento.

---

Firma

---

Fecha

### ***Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad***

*Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:*

1. Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
2. Obtener el pago de terceros.
3. Realizar operaciones de salud normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que puedo solicitar su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. También entiendo que puedo solicitar, por escrito, que vuelva a especificar cómo se utiliza mi información privada para realizar el tratamiento, el pago o la operación de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si estoy de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

---

Firma

---

Fecha

## **RAYOS-X AUTORIZACIÓN**

COMO SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SUS REGISTROS QUIROPRÁCTICOS. DEBEMOS MANTENER UN REGISTRO DE SUS RADIOGRAFÍAS EN NUESTROS ARCHIVOS. A PETICIÓN SUYA, LE PROPORCIONAREMOS UNA COPIA DE SUS RADIOGRAFÍAS QUE TENEMOS EN NUESTROS ARCHIVOS.

**LA TARIFA POR COPIAR SUS RAYOS-X SON \$15.00 POR TOMA Y SERÁ ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO. ESTA TARIFA DEBE PAGARSE POR ADELANTADO.**

LAS RADIOGRAFÍAS DIGITALES EN CD ESTÁRAN DISPONIBLES DENTRO DE 72 HORAS DESPUES DE SU PREPAGO EN CUALQUIER DÍA DE OPERACIÓN NORMAL DE NUESTRA OFICINA.

**OJO:** LAS RADIOGRAFÍAS SE UTILIZAN EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A LOCALIZAR Y ANALIZAR LAS SUBLUXACIONES VERTEBRALES. ESTOS RADIOGRAFÍAS NO SE UTILIZAN PARA INVESTIGAR PATOLOGÍA MÉDICA. DR. JOHN JONES OF PARAMOUNT HEALTH CHIROPRACTIC NO DIAGNOSTICA NI TRATA CONDICIONES MÉDICAS; SIN EMBARGO, SI SE ENCUENTRA CUALQUIER ANORMALIDAD, LO TRAEREMOS A SU ATENCIÓN PARA QUE PUEDA BUSCAR ASESORAMIENTO MÉDICO ADECUADO.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES.**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA PACIENTES QUE SON MUJERES: A lo mejor de mi conocimiento, creo que no estoy embarazada en el momento en que los rayos X se tomaron en Paramount Health Chiropractic**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha