



EAST SIDE CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

8228 Biscayne Blvd. Miami, FL 33138

T: 305-403-2595 | F: 305-403-1022

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Apodo _____

Direccion _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de casa _____ Telefono Celular _____ Correo Electronico _____ Fecha de Nacimiento _____

(____) _____ (____) _____

Status Marital

Soltero(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Sexo

Masculino

Femenino

CONTACTO EN CASA DE EMERGENCIA

Nombre Completo _____ Relacion _____ Numero de telefono _____

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION SOBRE SU SALUD

Yo autorizo a East Side Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a dejar mensajes de correo de voz, mensajes de correo electronico y a divulgar la informacion sobre mi salud (PHI) referente a mi incluyendo y no limitado a la informacion medica , tal como resultados de pruebas o de resultados de los procedimientos, a los recordatorios de citas cualquier otra informacion relacionada con mi tratamiento a los numeros de telefonos y correo electronico siguientes.

Telefono de Casa _____ Telefono celular _____ Telefono de Trabajo _____

Telefono de Fax _____ Correo electronico _____

Yo autorizo a East Side Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a divulgar mi informacion de salud(PHI), incluyendo resultados de exámenes a las siguientes personas

Nombre _____ Relacion _____ #Telefono _____

Nombre _____ Relacion _____ #Telefono _____

Nombre _____ Relacion _____ #Telefono _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

FORMA DE NO ACCIDENTE

Yo, estoy obteniendo tratamiento en Martinez Chiropractic Center. El tratamiento no es debido a lesión, accidente de automóvil, resbalón o caídas relacionadas con mi trabajo ni tengo ningun caso pendiente.

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS

Autorizo el pago de los beneficios debido a mí de mi compañía de seguros y/o abogado directamente a Martinez Chiropractic Center. Además autorizo cualquier registros requerido por mi proveedor de seguros. Entiendo perfectamente Soy financieramente responsable por cualquier cargo de esta autorización a Martinez Chiropractic Center. En el caso que lo se hace necesario instituir un litigio sobre la falta de pago de nuestros honorarios, los costos y gastos legales incurridos en ella son mi responsabilidad.

CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Este es para certificar que he presentado toda información con respecto a mi plan de seguro médico.

Seguro médico en efecto es:

Nombre de su seguro: _____ ID: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____

Mi firma certifica que la información que he llenado de arriba es correcta, y que no busco tratamiento debido a un accidente de auto, lesiones de trabajo o resbalones/caídas ni tengo ningun caso pendiente.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRATICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de Martinez Chiropractic Center de privacidad de paciente.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos / médicos, incluyendo varias formas de terapia física y radiografías de diagnóstico por Martínez Chiropractic Center. Este consentimiento se extiende a otros Quiroprácticos, asistentes de quiropráctica o terapeutas de masaje con licencia, que ahora o en el futuro, están empleados, trabajando o asociado con esta oficina. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir, con el doctor de quiropráctica y / u otro personal de oficina, la naturaleza y propósito de la atención que se está prestando.

Entiendo que los resultados no están garantizados. Además, he sido informado y entiendo que, como en la práctica de cualquiera de las artes curativas, en la práctica de la quiropráctica, hay algunos riesgos para el tratamiento incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, subluxaciones y torceduras. También entiendo que el médico, que explicó todas estas cosas a mí, no está esperando ser capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Yo confiaré sobre el médico para ejercer el juicio adecuado durante el curso de la atención, sobre la base de los hechos conocidos en este momento, y en mi mejor interes.

Mi firma abajo certifica que he leído, o me ha leído el consentimiento anterior. También certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y opciones de atención han sido explicadas. Al firmar este formulario de consentimiento, estoy de acuerdo con el cuidado que se me ha proporcionado durante el curso del tratamiento para mí (s) presente (s) estado (s) y para cualquier condición futura que solicite tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PÓLIZA DE MASAJE Y TERAPIA MANUAL

En nuestra oficina ofrecemos masajes y terapia manual como un servicio adicional para el paciente. Los masajes terapéuticos y la terapia manual tienen gran importancia en su recuperación, y los doctores lo recomiendan como parte de su tratamiento. Nuestra póliza es que todas las citas necesitan ser programadas. Si usted necesita cambiar o pierde una cita debe llamar no menos 24 horas de anticipación. Si usted no llama, hay un cargo de \$25.00. La única excepción a esto es si usted tiene una emergencia personal. Gracias por su cooperación,

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Questionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

Patient Account Number

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

1. Describa sus sintomas

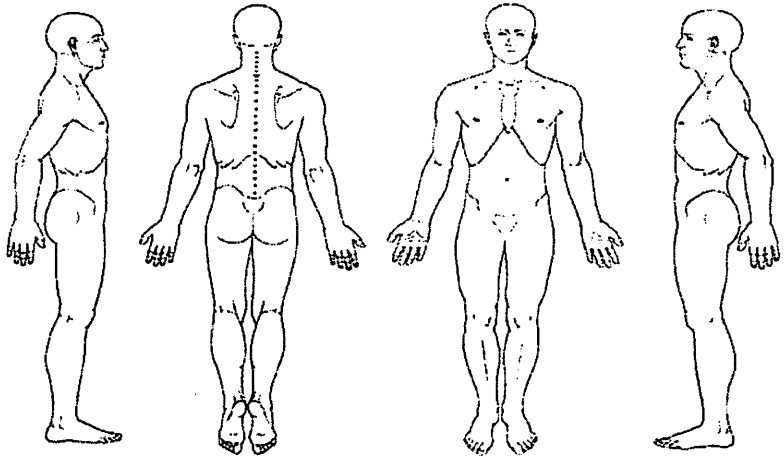
a. Cuando empezaron sus sintomas? _____

b. Como empezaron sus sintomas? _____

2. Que tan seguido sufre sus sintomas?

- Constantemente (76-100% del dia)
- Frecuentemente (51-75% del dia)
- Ocasionalmente (26-50% del dia)
- Raramente (0-25% del dia)

Indique donde siente el dolor o tiene otros sintomas.



3. Que describe la naturaleza de sus sintomas?

- Punzante
- Opaco
- Adormecido
- Agudo
- Ardor
- Hormigueo

4. Como estan cambiando sus sintomas?

- Mejorando
- Igual
- Empeorando

5. Durante las 4 semanas pasadas:

A. Indique la intensidad de sus sintomas

Ninguno ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ Intolerable ⑩

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condición con sus actividades sociales? (Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

- Todo el tiempo
- Mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Poco parte del tiempo
- Ningun parte del tiempo

7. En general diria usted que su salud ahorita es..

- Excelente
- Muy Bien
- Buena
- Mas O Menos
- Mal

8. A quien ha visto para sus sintomas?

- Nadie
- Quiropractico
- Medico
- Terapista Fisico
- Otro

A. Que tratamiento recibio usted y cuando? _____

B. Que exámenes ha tenido usted para sus sintomas y cuando fueron realizados?

- Rayos X
 - Resonancia/MRI
 - CT Scan
 - Otros
- Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

9. Ha tenido usted estos mismos sintomas en el pasado? Si

No

A. Si ha recibido usted tratamiento en el pasado para los mismos o semejantes quien vio usted?

- Esta Oficina
- Otro Quiropractico
- Medico
- Terapista Fisico
- Otro

10. Cual es su oficio?

- Profesional/Ejecutivo
- De oficina
- Comerciante
- Obrero
- Ama de Casa
- Estudiante
- Jubilado
- Otro

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posición actual de trabajo?

- Tiempo Completo
- Medio Tiempo
- Dueño de su propio negocio
- Desempleado
- Fuera de trabajo
- Otro

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

