

# Affordable Chiropractic registro y historia

## 1

### Información Del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_  
 Seguro social # \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 (Apellido)  
 \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Iniciales)  
 E-mail \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 -  
 Estado \_\_\_\_\_  
 Código postal \_\_\_\_\_  
 Sexo  M  F edad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado  viudo  soltero  menor  
 Separado  divorciado  juntos \_\_\_\_ años  
 Nombre de trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección de trabajo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Numero de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Por quien fue referido? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2

### Informacion de aseguransa

Quien es responsable para la cuenta? \_\_\_\_\_  
 Relación al paciente \_\_\_\_\_  
 Compañía de aseguransa \_\_\_\_\_  
 # de grupo \_\_\_\_\_  
 Aseguransas adicionales cubren al paciente?  Si  No  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Día de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro social \_\_\_\_\_  
 Relación al paciente \_\_\_\_\_  
 Campania de aseguransa \_\_\_\_\_  
 Group # \_\_\_\_\_

#### Assignment and Release

I certify that I, and/or my dependent(s) have insurance coverage with

\_\_\_\_\_ Firme directamente  
 (Nombre de aseguransa (ies))

Affordable Chiropractic todos los benefisios, si ay alguno, o pagos echos ami por servisios. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos que no sean cubridos by insurance. Authoriso la firma de la aseguransa.

Esta clinica puede usar mi informacion de la aseguransa para proposito de reclamar el pago de los servisios a el nombre de la aseguransa o tambien para determinar los benefisios. Este consentimiento terminara mi tratamiento por todo el ano o la fecha indicada.

\_\_\_\_\_  
 (Firma del paciente o representante)

## 3

### Numero de telefono

Numero de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Mejor tiempo para llamarlo \_\_\_\_\_  
**En caso de emergencia a quien llamar**  
 Nombre de persona \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4

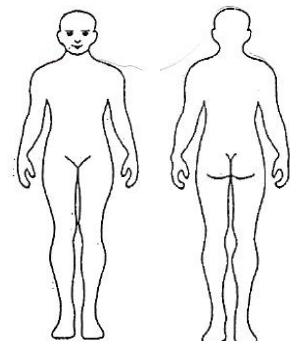
### Informacion familiar

Nombre de nino(s)	Sexo	fecha de nacimiento
_____	M F	_____
_____	M F	_____
_____	M F	_____
_____	M F	_____
_____	M F	_____

## 5

### Condicion de paciente

Razón de visita \_\_\_\_\_  
 cuando ocurrieron sus síntomas? \_\_\_\_\_  
 Su condición a sido peor?  Si  No  Desconocida  
**Marque una X si algunos de estos síntomas es parecido al de usted**  
 Que tan grave es su dolor del (1) (menos dolor) al (10) (mucho dolor) \_\_\_\_\_  
 Tipo de dolor.  
 :  Severo  calmado  dormido  comezón  pica  
 Quema  calambres  tieso  hinchado  otro  
 Que tan seguido es el dolor? \_\_\_\_\_  
 Es constante o viene y se va? \_\_\_\_\_  
 Interfiere con su  Trabajo  sueno  rutina diaria  ejercicio  
 Actividades o movimientos son dolorosos  Sentado  Parado  Caminando  agachándose  Acostado



# 6

## Historia fisica

Que tratamiento ha tenido?  Medicamentos  Sirugia  Terapia fisica  
 Servicios Chiropracticos  Ninguno  otro \_\_\_\_\_

Nombre y direccion de otros doctores \_\_\_\_\_

Día de ultimo: Examen fisico \_\_\_\_\_ Espalda X-ray \_\_\_\_\_ sangre \_\_\_\_\_

Examen de espalda \_\_\_\_\_ Pecho X-ray \_\_\_\_\_ orina \_\_\_\_\_

Rayos-x de dientes \_\_\_\_\_ MRI, CT-Scan, Bone Scan \_\_\_\_\_

Place a mark on "Yes" or "No" to indicate if you have had any of the following:

AIDS/VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Liver Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alcoholico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Measles	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alergia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Emphysema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migraine Headaches	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsy	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Miscarriage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stroke	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fractures	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Suicide Attempt	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Appendicitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Thyroid Problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Arthritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Goiter	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mumps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tonsillitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Desordenes de sang.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gout	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pacemaker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tumors, Growths	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Heart Disease	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parkinson's disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Typhoid Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bronchitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pinched Nerve	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ulcers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pneumonia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vaginal infections	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herniated Disk	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cataracts	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prostate Problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Whooping Cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chemical Dependency	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rinones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Psychiatric Care	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other: _____	

Sirugias que ha tenido:	Descripcion	Dia
Caidas	_____	_____
De la cabeza	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____
Dislocations	_____	_____
Sirugias	_____	_____

# 7

## Tipo de Vida

<b>Ejercicio</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> pesado	<b>Actividad de trabajo</b> <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> parado <input type="checkbox"/> poco trabajo <input type="checkbox"/> mucho trabajo	<b>Hábitos</b> <input type="checkbox"/> fumar <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> cafeina <input type="checkbox"/> sterss	<b>VALUES</b> Liste los intereses del 1-7 (1=más importantes) ___Familia ___Financial ___Social ___físico ___Mental ___Spiritual ___trabajo
---	---	---	---

# 8

## MEDICA

## Alergias

## Vacunas

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_  
 Numero de farmacia :(\_\_\_\_)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



## **Consentimiento y autorizaciones**

### **Consentimiento Para el servicio de salud/consentimiento de información del paciente**

Usted, (el paciente asignado para el tratamiento, o la persona responsable del tratamiento del paciente.) Requiere el consentimiento de usted para obtener los servicios de terapia en Affordable Chiropractic. El cuidado de salud va ser disponible para usted por un terapeuta certificado. El cuidado de salud también puede ser disponible por un empleado del doctor que trabaje en el mismo lugar, bajo contrato, o alguien más que trabaje para Affordable Chiropractic. Medico, enfermera, o otro personal de cuidado de salud que Este entrenado para el cuidado de salud del paciente puede participar también Como parte de su educación.

\_\_\_\_\_ Iniciales

### **GARANTIA DE PAGO**

En consideración de nuestros servicios proveídos por Affordable Chiropractic, para el paciente, usted da consentimiento para; I) garantizar su pago de todos los gastos hechos por el paciente en concesión con otros servicios. (“COSTOS DEL PACIENTE”; II) irrevocablemente asignado y transferido asía Affordable Chiropractic, los beneficios médicos de las compensación del paciente para cual paciente esta intitulado por los costos del paciente; III) los pagos autorizados será hechos directamente a Affordable Chiropractic. Usted también da consentimiento de ser totalmente responsable de cualquier otro pago. También por todos los pagos que no Sean cubiertos por los beneficios.

Si usted tiene aseguransa, la compañía de la aseguransa solo cubrirá los costos de la póliza de aseguransa de cada individuo. Si la póliza de la aseguransa no cubre los servicios de esta oficina, entonces usted es responsable por los gastos no cubiertos y tendrá que pagar al tiempo de los servicios. .

\_\_\_\_\_ Iniciales

### **MEDICARE**

Usted certifica que toda información echa por usted Como paciente o representante del paciente aplicando por pago bajo el titulo XVIII (18) del Acto del Seguro Social Correcto. Usted autoriza cualquier información del paciente del Seguro Social Administración o cualquier información necesitada para hacer el reclamo. Usted autoriza el pago de los beneficios a Affordable Chiropractic bajo el consentimiento del paciente.

\_\_\_\_\_ Iniciales



**Por favor de firmar la pagina para consentimiento de liberar información**

Usted autoriza Affordable Chiropractic para liberar información a grupos de aseguransas, agencias de gobierno, compañías de aseguransas, o otros agentes de tercer partido, y colección de representantes y abogados, lo siguiente “información del paciente”: historia médica, diagnósticos y procedimientos, curso de tratamiento, plan de cuidado, pronostico,

Y otra información que sea requerida por propósito de determinar su elegibilidad para los beneficios del paciente, obtener información/pagos de la salud del paciente, o enviar pagos a Affordable Chiropractic que no sea pagado. En caso de que la información del paciente sea liberada por propósitos de cargos del paciente, esta autorización será valida solamente por el periodo del tiempo necesario para proceder cargos de pago. Usted esta consiente de pagar todos los cargos que sea negados o no elegibles para beneficios médicos Como resultado de no permitirnos de liberar información a las aseguransas.

Usted autoriza mas afondo a cualquier profesional individual, incluyendo tratando medico(s), para facilitar Affordable Chiropractic o a los designados sobre la información del paciente, o propósitos de manteamiento. Finalmente, en el evento del empleador del paciente, o compañías de aseguransas representando al paciente, requerir información del paciente relacionado con los servicios de cuidado de salud proveídos por compensación de lesiones, es entendido que Affordable Chiropractic es requerido, bajo la ley de Illinois, de liberar copias sobre información como a compañías de aseguransas sin autorización del paciente.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**Responsabilidad sobre propiedad personal**

Usted acepta total responsabilidad sobre propiedad del paciente, excepto propiedad aceptada por Affordable Chiropractic para guardar bajo su custodia.

**No revisiones o cambios a esta forma, por usted, serán aceptados por Affordable Chiropractic.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable (padre, guardián o otro representate)

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de asegurado

\_\_\_\_\_  
relación

\_\_\_\_\_  
fecha



## **Entendimiento del paciente**

### **Para nuestro uso/o descubrimiento de Protected Health Información (PHI) Para llevar nuestro tratamiento, Pago y tipos de seguridad.**

\_\_\_\_\_, Declaro que por firmar Este consentimiento y entendimiento acepto la siguiente información: (Nombre)

- 1 La información privada del practico a sido proveida a mi anteriormente de firmar Este consentimiento. El articulo de privacidad incluye una descripción completa de los usos y/o información de mi seguridad (“PHI”) necesaria para el práctico para facilitar el tratamiento, y también es necesario para que el practico obtenga el pago por el tratamiento y que lleve \ acabo las operaciones de salud. El practico me explico el aviso de privacidad será disponible para mí en caso de que necesite alguna información. El práctico me a explicado mas afondo el derecho de obtener una copia del articulo de privacidad anteriormente de firmar este consentimiento., y me animo a leer con cuidado el artículo de consentimiento anteriormente de firmar este consentimiento.
- 2 El práctico tiene derecho de cambiar el artículo de privacidad, de acuerdo con la ley aplicada.
- 3 El práctico “Articulo de privacidad” esta suministrado en La Mesa de recepción y en el Internet en [www.affordable-chiro.com](http://www.affordable-chiro.com). Usted también puede pedir una copia de nuestra oficina por el correo en cualquier momento.
- 4 Este artículo de privacidad describe mis derechos y mis trabajos de esta oficina con respeto a mi seguridad.

**E lei do Este articulo y entendido el aviso, y todas mis preguntas an sido contestadas a mi total satisfacion en un modo que entiendo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Testigo (personal de oficina)

\_\_\_\_\_  
Fecha



REQUEST OF MEDICAL RECORDS

I, \_\_\_\_\_, hereby request the release of my...

\_\_\_\_\_ X-Rays \_\_\_\_\_ Medical Records. I request that they are sent to

Affordable Chiropractic at 4702 Northwest Highway Garland, TX 75043

Phone: 972-270-5333

Fax: 972-270-5335

Your cooperation in seeing that they are promptly returned will be greatly appreciated.

From: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

and wish that they be sent to the address below, as soon as possible.

To: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/ Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date