



Solicitud De Cliente Nuevo (Adulto)

Nombre: _____ Fecha de N.: ___ / ___ / ___ Edad: _____ M / F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Telefónico: _____ Celular/Casa
 Correo Electrónico: _____ Contacto Preferido: _____
 Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____
 Soltero / Casado / Divorciado / Viudo Nombre de su Esposo/a: _____
 Número de Hijos: _____ Nombres y Edades: _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo/a a nuestra oficina? _____

Liste Sus Preocupaciones De Salud Acá Abajo

Preocupaciones de Salud Según su Severidad	Rango de Severidad: 0 = suave 10 = severo	¿Cuándo comenzó este problema?	¿Empezó el problema con una herida?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

¿Ha visto a otros médicos por estas condiciones?: Sí / No

Quiropráctico / Médico / Otro: _____

Quién?: _____ Cuando?: _____ Resultado?: _____

Marque Todos Los Problemas Que Tiene

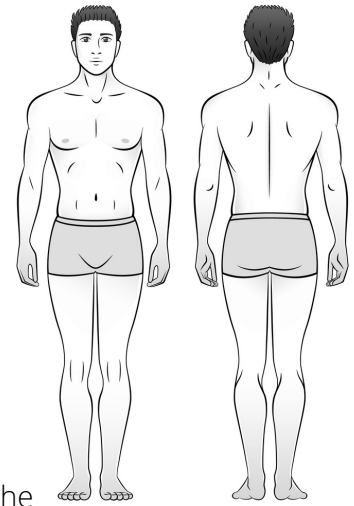
- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hernia de Disco |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Postura Mala |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Problemas de Piel |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Disfunción Sexual |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo | <input type="checkbox"/> Vertigo | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroides | <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Músculos Tensos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media | <input type="checkbox"/> Pérdida de Energía | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñon | <input type="checkbox"/> Lesion Deportiva |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga | <input type="checkbox"/> Ciática |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera/Pierna | <input type="checkbox"/> Visión Doble/Borrosa | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales | <input type="checkbox"/> Dolores Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Reflujo Ácido |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pie | <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en Manos/Dedos |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Pérdida de Balance | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en Piernas/Pies |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/Baja |
| <input type="checkbox"/> Problema de Corazón | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar |

¿Está embarazada? Sí / No

¿Fecha estimada de parto? _____

Favor De Marcar las Áreas del Diagrama con las Sigüientes Letras

R = Irradia N = Adormecido
 B = Quema S = Agujas Filosas
 D = Molesta T = Cosquilla
 A = Pica



¿Qué calma los síntomas?

¿Qué empeora los síntomas?

¿Cuándo es que los síntomas son los peores? La Mañana / La Tarde / La Noche

Liste todas las cirugías que ha tenido y el año: _____

Liste cualquier otra lesión en la columna, menor o mayor, que los médicos deberían conocer:

Liste todos los medicamentos que toma con o sin prescripción:

¿Alguna vez ha estado en un accidente de auto? Sí / No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha quedado inconsciente? Sí / No ¿Fracturado un hueso? Sí / No

Si la respuesta es sí, favor de describirla: _____

Otro trauma: _____

Historial Social (Marque la Frecuencia)

1. Fumo:	Nunca	1-2x/semana	3x/semana	Diariamente
2. Alcohol:	Nunca	1-2x/semana	3x/semana	Diariamente
3. Ejercicio:	Nunca	1-2x/semana	3x/semana	Diariamente

Escala Analógica Visual Cuádruple (EAVC)

Favor de marcar el numero que describe mejor las preguntas siguientes. Si es que tiene mas de una condición, favor de indicar cuales números están asociados con la condición al cual se refiere.

1. ¿Cuál es el nivel de dolor en este momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Cuál es el nivel de dolor normalmente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Cuál es el nivel de dolor en el mejor momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Cuál es el nivel de dolor en el peor momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actividades Diarias

Favor de marcar las condiciones restringidas por el problema de salud actual:

<u>Actividad:</u>		<u>Efecto:</u>	
Sentarse al Ponerse de Pie	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Subir Escaleras	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Manejar	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Usar la Computadora	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Tareas del Hogar	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Levantar Niños	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Vestirse	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Afeitarse	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Actividades Sexuales	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Dormir	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Sentarse	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
De Pie Por Mucho Tiempo	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Caminarse	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Lavarse/Bañarse	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Pasar la Aspiradora	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Trabajar en el Jardín	No Efecto	Doloroso (Puedo Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer

Metas de Actividad Diaria

Liste las 3 actividades mencionadas en las que le gustaría ver mejorar mientras que está bajo del cuidado:

<u>Actividad</u>	<u>Nivel de Actividad Actual</u>	<u>Nivel de Actividad Objetiva</u>
<i>Ejemplo: Dormir</i>	<i>2-4 horas</i>	<i>6-8 horas</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial Familiar:

CONDICIÓN	ESPOSO/A	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
Dolor de Cabeza					
Dolor de Cuello					
Dolor de Mandíbula					
Dolor de Hombro					
Dolor de Espalda					
Dolor de Cadera/Pierna					
Artritis					
Infecciones del oído					
Pérdida de la Audición					
Vertigo					
Pérdida de Energía					
Nerviosismo					
Visión Doble/Borrosa					
Ansiedad					
TDAH					
Depresión					
Alergias					
Sinusitis					
Problemas Tiroides					
Asma					
Dificultad al Respirar					
Problemas de Corazón					
Problemas Digestivos					
Presión Arterial Alta/Baja					
Enuresis					
Esterilidad					
Ciática					
Fibromialgia					
Postura Mala					
Problemas para Dormir					
Derrame Cerebral					
Cáncer					
Cardiopatía					
Diabetes					
Alzheimer					

Consentimiento Informado para el Cuidado Quiropráctico

La atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, aunque ofrece beneficios considerables, también puede proporcionar cierto nivel de riesgo. Usualmente este nivel de riesgo es muy mínimo, pero en casos raros, las lesiones se han asociado con la atención quiropráctica. Los tipos de complicaciones que se han informado como consecuencia de la atención quiropráctica incluyen: lesiones por esguince/distensión, irritación de un disco y, en raras ocasiones, fracturas. Una de las complicaciones más raras asociadas con la atención quiropráctica puede ser una lesión vertebral que podría provocar un accidente cerebrovascular.

Antes de recibir atención quiropráctica en la oficina de quiropráctica, se completará un historial de salud y un examen físico. Estos procedimientos se realizan 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 se necesitan exámenes o estudios adicionales. Además, nos ayudarán a determinar si existe algún motivo para modificar su atención o brindarle una remisión a otro proveedor de atención médica. Todos los hallazgos relevantes se le informarán junto con un plan de atención antes de comenzar el plan de cuidado correctivo.

- Entiendo y acepto que existen riesgos asociados con la atención quiropráctica y doy mi consentimiento para el examen que el médico considere necesario y la atención quiropráctica, incluidos los ajustes de la columna informados después de mi evaluación.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud es para un menor/niño, complete y firme a continuación

Consentimiento escrito para un niño/a

Nombre de cliente quien es menor/niño: _____ Fecha de N.: _____

Autorizo a los Dres. Carson Wilde y Todd Beck y todo el personal de Edified Chiropractic para realizar procedimientos de diagnóstico, evaluaciones radiográficas, brindar atención quiropráctica y realizar ajustes quiroprácticos a mi menor/hijo. A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de atención médica para mi menor/niño. Si se revoca o modifica mi autoridad para seleccionar y autorizar la atención, lo notificaré de inmediato a Edified Chiropractic.

Nombre de Guardián Legal: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

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

1. Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
2. Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, 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 usted restrinja cómo se usa mi información privada para divulgar para llevar a cabo un tratamiento, pago u operación de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización Radiografías

Como su proveedor de atención médica, somos legalmente responsables de sus registros quiroprácticos. Debemos mantener un registro de sus radiografías en nuestros archivos. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de sus radiografías en nuestros archivos. Las radiografías digitales en un CD estarán disponibles dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud en cualquier día de horario de práctica regular. Tenga en cuenta: En esta oficina se utilizan rayos X para ayudar a localizar y analizar las subluxaciones vertebrales. Los doctores de Edified Chiropractic no diagnostican ni tratan condiciones médicas; sin embargo, si se encuentra alguna anomalía, se la informaremos para que pueda buscar el asesoramiento médico adecuado.

Al firmar a continuación, acepta los términos y condiciones anteriores.

Nombre: _____ Fecha de N.: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO MUJERES: Según mi leal saber y entender, CREO QUE NO ESTOY EMBARAZADA en el momento en que se toman las radiografías en Edified Chiropractic.

Firma: _____ Fecha: _____