



## **Información del Paciente**

**Título:** Sra.    Srita.    Sr.

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_

**Segundo Nombre** \_\_\_\_\_

**Sufijo** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_

**Código Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono primario** \_\_\_\_\_

**Teléfono Secundario** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**¿Método de contacto?**            Teléfono            Correo electrónico

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_            **Edad** \_\_\_\_\_

**Género**            Masculino            Femenina            Otro            No quisiera decir

**¿Como escucho de Serendipity Chiropractic?** \_\_\_\_\_

**¿Fuma Cigarros?**            Nunca            Actualmente            En el pasado

**¿Ha recibido tratamiento quiropráctico en el pasado?**            Si            No

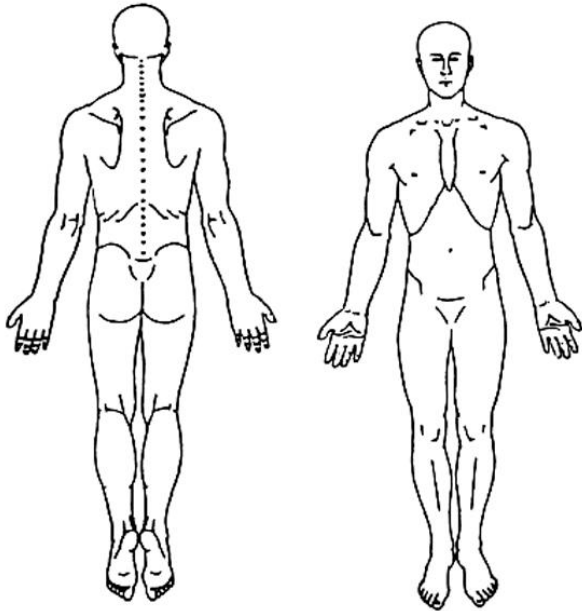
**¿Si su respuesta es si, nombre y locación del quiropráctico?**  
\_\_\_\_\_

**¿Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo ha trabajado en su actual trabajo?** \_\_\_\_\_

## Queja(s)

¿Cuál es su queja(s) principal? (marque en el diagrama)



Como ocurrió su lesión/accidente?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido este tipo de queja(s) en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Si su respuesta es si, como fue tratado?

\_\_\_\_\_

¿Que hace que su dolor mejore? \_\_\_\_\_

¿Que hace que su dolor empeore? \_\_\_\_\_

Desde el comienzo de su dolor, su dolor ha:   Mejorado       Empeorado       Se ha quedado igual

¿Puede describir la calidad de su dolor?   Adolorido   Agudo       Caliente       Hormigueo

Punzante   adormecido   otro\_\_\_\_\_



¿Su dolor corre a otras áreas de su cuerpo? ¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo siente su dolor en el peor momento? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la frecuencia de su dolor? (veces por día/semana/mes/año) \_\_\_\_\_

¿Del 1-10, 10 siendo el peor dolor imaginable, que numero le daría ahora? \_\_\_\_\_

    ¿En su peor momento? \_\_\_\_\_      En su mejor momento? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura su dolor? (segundos/minutos, horas, días, etc.) \_\_\_\_\_

¿Su dolor interfiere con sus actividades diarias? Como? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### *Medicinas/Vitaminas/Suplementos*

Nombre	Dosis (if known)	Frecuencia	Día empezado?



**Aunque el tratamiento quiropráctico es relativamente seguro, hay ciertas contraindicaciones que se necesitan ser descartados antes que el tratamiento sea administrado. Por favor indique si tiene algunos de los siguientes:**

**Circule las que aplique**

**Cirugías espinales**

**Ataque fulminante**

**Perdida de sensación de las piernas o brazos**

**Desordenes neurológicos**

**Tumores**

**Cáncer espinal**

**Osteoporosis severa**

**Cauda equina**

**Aneurisma aórtico**

**Visión doble**

**Dificultad al hablar**

**Dificultad al pasar comida/bebidas**

Certifico que las respuestas dadas son correctas según mi entendimiento, y estoy de acuerdo de seguir con mi evaluación y tratamiento en Serendipity Chiropractic.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



## ***Conocimiento Informado***

**El tratamiento quiropráctico:** El doctor(a) usara sus manos o un instrumento para mover sus coyunturas. Puede que sienta un “clic” como el sonido que se hace al “tronarse” los dedos, y pueda que sienta movimiento en la coyuntura. Varios procedimientos de terapia pueden ser usadas, como paquetes fríos o calientes, estimulación muscular eléctrico, terapéutica ultrasonido o hidroterapia puede ser usado.

**Riesgos posibles:** Como con cualquier procedimiento de salud, complicaciones son posibles después de una manipulación quiropráctica. La mayoría de los pacientes puede que noten rigidez o que se sientan adoloridos después de los primeros días de tratamiento. Complicaciones infrecuentes pueden ocurrir que incluyen fracturas, ruptura muscular, ruptura de ligamento, dislocaciones, o lastimadura de discos, nervios o medula espinal. Los procedimientos de terapia pueden causar irritación de piel o quemaduras pequeñas.

**Riesgos de permanecer sin tratamiento:** Retraso de tratamiento permite la formación de cicatriz y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden contribuir a la reducción de movimiento de esqueleto, e introducir ciclos de dolor crónico. Es probable que el retraso de tratamiento complique su condición y que su rehabilitación sea más difícil.

**POR FAVOR no firme todavía hasta que su quiropráctico(a) tenga la oportunidad de reiterar *verbalmente* el consentimiento informado que acaba de leer y también responder cualquier pregunta que tenga sobre su tratamiento.**

**He leído le explicación de tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad de tener las respuestas a mis preguntas a mi satisfacción. He evaluado completamente los riesgos y beneficios del tratamiento. He decidido libremente de someterme al tratamiento recomendado y doy mí consentimiento completo a dicho tratamiento.**

Nombre	Firma	Fecha
1500 Palma Dr. Ventura, CA 93003	(805) 620-7476	Serendipitychiro@gmail.com

Pagina 5



## ***Acuerdo de Finanzas***

Entiendo que Serendipity Chiropractic es una práctica que acepta *solo efectivo* que quiere decir que NO se aceptan seguros de salud en esta oficina. El paciente se hace responsable de pagar todos los pagos al momento del tratamiento. Si el paciente no paga el finalizarse la cita, el doctor(a) reserve el derecho de negar tratamiento de citas futuras hasta que el tratamiento sea pagado. Tipos de pago disponibles como lo siguiente:

- ✓ Efectivo
- ✓ Cheque
- ✓ Tarjetas de credito
- ✓ Tarjetas de debito
- ✓ Tarjetas de HSA/Flex

Nota: Si un cheque no se puede cobrar por falta de fondos, el paciente es responsable por un costo extra de \$25. Se le recomienda de consultar con su doctor(a) para cuando el deposito se queda hacer para evitar un costo extra. Favor de fimar y poner la fecha si entiende y está de acuerdo con esta declaración.

---

**Firma**

---

**Fecha**