



**PATIENT REGISTRATION**

**Section 1: Informacion del Paciente**

Nombre completo del paciente(Name)		Fecha de nac.(DOB)	Sexo(Sex) M/F	Estado Civil (Marital Status) SOLTERO(A)(Single)/CASADO(A)(Married)		
Número de seguro social (SSN) <i>(opcional)opcional</i>	Teléfono(Home Tel)	Celular(Mobile)		Correo Electronico(E-mail)		
Recordatorio por mensaje de texto? Si/No		Si es asi, por favor marque su compañía de teléfono móvil				
<input type="checkbox"/> AT&T <input type="checkbox"/> Boost <input type="checkbox"/> Cricket <input type="checkbox"/> MetroPCS <input type="checkbox"/> Sprint <input type="checkbox"/> T-Mobile		<input type="checkbox"/> US Cellular <input type="checkbox"/> Verizon		<input type="checkbox"/> Virgin Mobile <input type="checkbox"/> Other:		
Dirección (Address)		Ciudad(City)	Estado(State)	Codigo Postal(Zip)		
Trabajo (Employment Status)	<input type="checkbox"/> Empleado(a) (Employed)	<input type="checkbox"/> Estudiante medio tiempo (Student-part time)	<input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo (Student-full time)	<input type="checkbox"/> Retirado/a (Retired)	<input type="checkbox"/> Desempleado(a) (Unemployed)	<input type="checkbox"/> Ama de casa (Homemaker)
Empleador(Employer)			Escuela(School)			

**Section 2: Informacion de la Aseguranza**

**Aseguranza principal(Primary Health Insurance)**

Compañía de Aseguranza(Insurance Company)		Teléfono(Insurance Tel)	Identificación del Miembro(Member ID)
Nombre de asegurado(Insured's Name)	Fecha de nacimiento(Insured's DOB)	Relación al asegurado(Relation to Insured)	
Empleador asegurado(Insured's Employer)		Dirección del empleador(Employer's Address)	

**Aseguranza secundaria(Secondary Health Insurance)**

Compañía de aseguranza(Insurance Company)		Teléfono(Insurance Tel)	Identificación del miembro(Member ID)
Nombre de asegurado(Insured's Name)	Fecha de nacimiento(Insured's DOB)	Relación al asegurado(Relation to Insured)	
Empleador asegurado(Insured's Employer)		Dirección del empleador(Employer's Address)	

**Aseguranza automóviles-sólo para el accidente de coche(Automobile Insurance-automobile accident)**

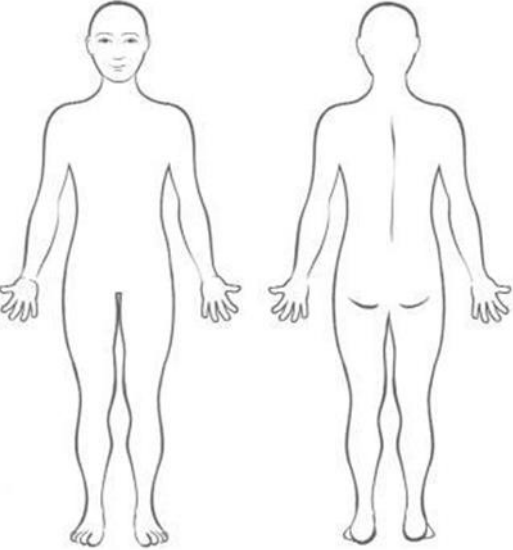
Compañía de aseguranza(Insurance Company)		Teléfono(Insurance Tel)	Número de póliza(Policy No.)
Nombre de título del seguro(Policy Holder's Name)	Fecha de accidente(Accident Date)	Número de reclamación(Claim No.)	
Nombre de ajustador(Adjuster's Name)		Número de teléfono de ajustador(Adjuster's Tel)	
Nombre de abogado(Attorney Name)	Empresa(Firm)	Teléfono del abogado(Attorney Tel)	

**Informacion Referente**

¿Cómo nos conoció?(How did you hear about us?)

Otro paciente (another patient)   
  Oficina del médico (physician office)   
  Periódico (newspaper)   
  Página amarilla (yellow page)   
  LA Fitness   
  Paciente ambulatorio (Walk-in)   
  Otro (other)

Nombre de la persona quien referido usted a nuestra oficina(Name of Person Referring You to Our Office)

Section 3: Quejas Actuales (Current Complaints)					
¿Donde le duele?(Where do you have pain?)					
¿El dolor viene del accidente? (Is pain due to an accident?) Sí(Yes)/No	Quando comenzo el accidente (Pain Started On)	¿No puede trabajar? (Unable to Work?) Sí(Yes)/No	Desde cuando Ud. no puede trabajar (fecha) (Unable to Work From-To Date)		
¿Como empezó este dolor?(How did this pain start?)					
Marque donde le duele (Mark Where You Have Pain)  	Tipo de dolor (Type of Pain) <input type="checkbox"/> Agudo (sharp) <input type="checkbox"/> Dolorido (aching) <input type="checkbox"/> Calambre (cramps) <input type="checkbox"/> Otros(other):	<input type="checkbox"/> Trope (dull) <input type="checkbox"/> Pulzado (shooting) <input type="checkbox"/> Rigidez (stiffness)	<input type="checkbox"/> Palpitante (throbbing) <input type="checkbox"/> Quemado (burning) <input type="checkbox"/> Hinchazón (swelling)	<input type="checkbox"/> Insensibilidad (numbness) <input type="checkbox"/> Hormigueo (tingling) <input type="checkbox"/> Irrradiado (radiating)	
	Frecuencia del dolor (Pain Frequency) <input type="checkbox"/> Constante (76-100%/day) <input type="checkbox"/> Frecuente (51-75%/day) <input type="checkbox"/> Intermittente (25-50%/day) <input type="checkbox"/> Ocasional (0-25%/day)	<input type="checkbox"/> Sentado (sitting) <input type="checkbox"/> Doblado (bending) <input type="checkbox"/> Otros(other):	<input type="checkbox"/> Parado (standing) <input type="checkbox"/> Echado (lying down)	<input type="checkbox"/> Caminado (walking) <input type="checkbox"/> Levantando (lifting)	<input type="checkbox"/> Corriendo (running) <input type="checkbox"/> Manejando (driving)
	Cuando empeora el Dolor (Pain Worsened)	Dolor aliviado por(Pain Relieved by)			
	Dolor interfiere (Pain Interferes)	<input type="checkbox"/> Trabajo (work)	<input type="checkbox"/> Dormir (sleep)	<input type="checkbox"/> Recreación (recreation)	<input type="checkbox"/> Rutina diaria (daily routine)
	Escala del dolor (Pain Scale) 0=no pain 1-3= mild 4-6= moderate 7-8= severe 9-10= extreme	Cuello(Neck) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Media de la espalda(Mid Back) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Cadera/Pierna(Hip/Leg) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor de cabeza(Headache) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Hombro/Brazo(Shoulder/Arm) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Baja de la espalda(Low Back) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pie/Tobillo(Foot/Ankle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros(Other): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Section 4: Historia Del Accidente (Accident/Injury History)						
Fecha del accidente (Accident Date)	Tipo del accidente (Accident Type)	<input type="checkbox"/> Carro(car) <input type="checkbox"/> Bicicleta (bicycle)	<input type="checkbox"/> Bus(bus) <input type="checkbox"/> Peatonal (pedestrian)	<input type="checkbox"/> Motocicleta(motorcycle) <input type="checkbox"/> Resbalón y caída (slip&fall)	En el trabajo tuvo Ud. El accidente Sí(Yes)/No	
A qué lado hiba Ud. Sentado (You Were Seated)	<input type="checkbox"/> Lado del chofer (Driver)	<input type="checkbox"/> Pasajero frente (Front Passenger)	<input type="checkbox"/> Pasajero posterior (Back Passenger)	Cinturón de seguridad (Seat Belt) Sí(Yes)/No	Bolsa de aire desplegado (Air Bags Deployed?) Sí(Yes)/No	
Vehículo dañado(Vehicle Damage) Ligero(mild)/Moderado(moderate)/Grave(severe)/ Pérdida total(total loss)			Donde ocurrió el accidente(Accident Site)			
Como el accidente ocurrido(How Accident Occurred)						
Sobre el impacto, su cuerpo (Upon Impact)		<input type="checkbox"/> Tensado (tensed)	<input type="checkbox"/> Azotado frente y atras (whipped front-back)	<input type="checkbox"/> Azotado lado a lado (whipped side-side)	<input type="checkbox"/> Retorcido (twisted)	<input type="checkbox"/> Golpeado contra(hit against):
Inmediatamente despues del impacto, usted tropezó con (After Impact)		<input type="checkbox"/> Inconsciencia (unconsciousness)	<input type="checkbox"/> Náusea (nausea)	<input type="checkbox"/> Mareo (dizziness)	<input type="checkbox"/> Debilidad (weakness)	<input type="checkbox"/> Otro(other):
Donde fue usted llevado al hospital (Where you take to hospital?) Sí(Yes)/No		Fecha de visita(Visit Date)		Nombre de hospital(Hospital Name)		
Exámenes en el hospital (Studies Done at Hospital)		<input type="checkbox"/> Rayo-X (X-RAY)	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT SCAN	<input type="checkbox"/> Otro(Other):	
Otro Médico quien usted visitó desde el accidente-Nombre (Other Physicians You Saw-Name)		Teléfono del médico (Physician Tel)		Fecha de visita(Visit Date)		

## Section 5: Historial Médico (Medical History)

Nombre principal del Médico(Primary Physician Name)

Teléfono del médico(Physician Tel)

Check all that applies to your medical history.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+(AIDS/HIV+)                                     | <input type="checkbox"/> diabetes  | <input type="checkbox"/> imono infection<br>(infectious mono)                  | <input type="checkbox"/> escarlatina(scarlet fever)                     |
| <input type="checkbox"/> anemia   | <input type="checkbox"/> difteria(diphtheria)                                | <input type="checkbox"/> enfermedad renal<br>(kidney disease)                  | <input type="checkbox"/> herpes(shingles)                               |
| <input type="checkbox"/> artritis(arthritis)                                      | <input type="checkbox"/> epilepsia(epilepsy)                                 | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado<br>(liver disease)              | <input type="checkbox"/> viruela(smallpox)                              |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda(back pain)                              | <input type="checkbox"/> glaucoma  | <input type="checkbox"/> varicela(measles)                                     | <input type="checkbox"/> aneurisma(stroke)                              |
| <input type="checkbox"/> infección urinaria<br>(bladder infection)                | <input type="checkbox"/> enfermedad cardiaca<br>(heart disease)              | <input type="checkbox"/> migraña(migraine)                                     | <input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides<br>(thyroid disease) |
| <input type="checkbox"/> tendencia a desangrar<br>(bleeding tendency)             | <input type="checkbox"/> hemorroides(hemorrhoids)                            | <input type="checkbox"/> prolapso de valvula mitral<br>(mitral valve prolapse) | <input type="checkbox"/> tuberculosis                                   |
| <input type="checkbox"/> transfusion plasma/sangre<br>(blood/plasma transfusions) | <input type="checkbox"/> hepatitis   | <input type="checkbox"/> paperas(mumps)  | <input type="checkbox"/> ulcera(ulcer)                                  |
| <input type="checkbox"/> bronquitis(bronchitis)                                   | <input type="checkbox"/> hernia  | <input type="checkbox"/> fiebre reumatica<br>(rheumatic fever)                 | <input type="checkbox"/> enfermedades venereas<br>(venereal disease)    |
| <input type="checkbox"/> cancer   | <input type="checkbox"/> alta presion sanguinea<br>(high/low blood pressure) | <input type="checkbox"/> neumonía(pneumonia)                                   | <input type="checkbox"/> tos convulsiva<br>(whooping cough)             |
| <input type="checkbox"/> sarampion(chickenpox)                                    | <input type="checkbox"/> alergia /eczema                                     | <input type="checkbox"/> polio   | <input type="checkbox"/> Otros(other):                                  |

Describa condicion medica actual o pasada (Describe any current/past medical condition not listed above)

Cirugias pasadas(Past Surgeries)

Medicacion actual(Current Medication)

Accidentes pasados/lesiones(Past Accidents/Injuries)

## Section 6: Historial Social

Fumar/Tabaco(Smoke/Tobacco Products) Sí(Yes)/No	Si sí, cuanto por dia (If yes, how much per day?)	Si no, lo hizo en el pasado (If no, have you in the past?) Sí(Yes)/No
Alcohol Sí(Yes)/No	Si sí, cuanto por semana (If yes, how much per week?)	Si no, lo hizo en el pasado (If no, have you in the past?) Sí(Yes)/No
Café o Té(Coffee/Tea) Sí(Yes)/No	Si sí, cuanto por dia (If yes, how much per day?)	Si no, lo hizo en el pasado (If no, have you in the past?) Sí(Yes)/No
Ejercicio(Exercise) Sí(Yes)/No	Si sí, cuanto dias por semana(If yes, how many days per week?)	

## Section 7: Firma del Paciente

SEGUN MI CONOCIMIENTO CON LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO HAN SIDO RESPONDIDAS CON EXACTITUD. ENTIENDO QUE DAR LA INFORMAION INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD.ES MI RESPONSABILIDAD COMUNICAR A LA OFICINA DE ALGUN CAMBIO CON MIS DOCUMENTOS MEDICOS.

Firma del Paciente (Patient Signature)

Fecha (Date)

DOCTOR'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_ D.C.

## Consentimiento para el Tratamiento Quiropráctico

**Naturaleza del tratamiento quiropráctico:** El doctor(a) utilizará sus manos o un instrumento mecánico para mover sus articulaciones. Usted podrá sentir un “click” o un “pop”, como cuando se aprieta las articulaciones y podrá sentir el movimiento de sus articulaciones. También se podrán utilizar varios procedimientos auxiliares como las compresas calientes o frías, estimulación eléctrica de músculos, radiografías, imagen digital, ultrasonido terapéutico, hidroterapia seca, tracción axial, tracción de extensión y compresión, rehabilitación, ejercicios y estiramientos, tracción intersegmental, flexión de tracción y retracción, terapia con pelota, masaje terapéutico, terapia de tejido suave, cremas tópicas o lociones para el dolor.

**Riesgos posibles:** Entiendo y estoy informado que, como en la práctica de la medicina y en la práctica de la quiropráctica existen riesgos en el tratamiento. Como en cualquier otro procedimiento relacionado a la salud pueden existir posibles complicaciones en la manipulación quiropráctica. La mayoría de pacientes experimentan tensión o dolor los primeros días del tratamiento. Los procedimientos auxiliares pueden producir irritación de la piel, quemaduras o complicaciones menores. Las complicaciones, que son extremadamente raras pueden incluir; pero no se limitan a: fracturas de huesos, estiramiento muscular, torcedura de ligamentos, dislocación de las articulaciones y lesiones a los discos intervertebrales, nervios o médula espinal. Lesión cerebrovascular o aneurisma, podría ocurrir si existe lesión severa de las arterias del cuello.

**Probabilidades de que ocurran riesgos:** Los riesgos de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico se describen como “raros”, tanto como cuando se ven riesgos al tomar una aspirina. Los riesgos de lesión cerebrovascular o aneurisma, se han estimado como desde uno en un millón hasta uno en veinte millones, y se pueden reducir más a través de procedimientos de detección. La probabilidad de reacción adversa debido a los procedimientos auxiliares también se consideran “raras.”

**Otras opciones de tratamiento que pueden ser consideradas pueden incluir:**

- *Analgésicos que se compran sobre el mostrador* Los riesgos de estas medicinas incluyen la irritación estomacal, de hígado y riñones y otros efectos secundarios en un número reducido de casos. Se ha demostrado que las medicinas como el Vioxx pueden causar daño al corazón y muerte.

- *Tratamiento médico, típicamente las medicinas antiinflamatorias, los tranquilizantes y analgésicos.* Los riesgos de estas medicinas incluyen una multitud indeseable de efectos secundarios y la dependencia o adicción de los pacientes en un número significativo de casos.

- *La hospitalización* junto con el tratamiento médico añaden riesgos en un número considerable de casos a la exposición de enfermedades comunicativas virulentas. Muchos pacientes salen de hospitales en peores condiciones de las que ingresaron.

- *La cirugía* junto con el tratamiento médico añaden riesgos de infección y reacciones adversas a la anestesia, al igual que un periodo extenso de convalecencia en un número significativo de casos. El resultado de una cirugía puede resultar en pérdida permanente de las funciones o en la muerte.

**Riesgos de permanecer sin tratamiento:** La postergación del tratamiento resulta en la formación de adhesiones, cicatrices de tejido y otros cambios degenerativos. Estos riesgos pueden reducir la movilidad del esqueleto e inducir a ciclos crónicos de dolor. Es probable que la postergación del tratamiento pueda complicar la condición y hacer que la rehabilitación sea más difícil. Los pacientes que no siguen el plan de tratamientos quiroprácticos aprobados pueden revertir su condición a los síntomas originales o incluso empeorar si no siguen el tratamiento.

**Para LAS MUJERES Riesgos tomando Rayos-X:** ¿Está embarazada o puede estar embarazada? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO  
Rayos X usa radiación que puede tener un efecto de salud grave durante el embarazo. La posibilidad de efectos graves para la salud depende de la edad gestacional del feto en el momento de la exposición y la cantidad de radiación que se expone. Los bebés en gestación son particularmente sensibles a la radiación durante su desarrollo temprano, entre las semanas 2 y 15 de embarazo. Si usted cree que puede estar embarazada, informe al quiropráctico antes de su examen.

\_\_\_\_ A lo mejor de mi conocimiento no estoy embarazada o que hay alguna posibilidad de que pueda estar embarazada.

\_\_\_\_ Yo sé o creo que puedo estar embarazada y entender completamente la radiación efectos de riesgo y de salud puede causar a mi bebé por nacer.

*He leído la explicación de arriba del tratamiento Quiropráctico. He tenido la oportunidad de preguntar y tener respuestas a mis preguntas.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Consentimiento para usar la información de salud  
(Consent for Use and Disclosure of Health Information)

**SECCIÓN A: EL PACIENTE DA EL CONSENTIMIENTO**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE- POR FAVOR LEA DETALLADAMENTE LOS ACUERDOS**

**Propósito del Consentimiento:** Firmando este formulario, usted nos da el consentimiento para nosotros usar y hacer de su información de salud protegida como es importante el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Usted tiene el derecho de leer nuestros avisos de prácticas privadas antes de que usted decida firmar el consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones nosotros podemos hacer de su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Nosotros invitamos a usted para que lea esto cuidadosamente y terminado de leer antes de firmar este consentimiento.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad como se describe en nuestro aviso de prácticas privadas. Si cambiáramos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso revisado de prácticas de privacidad que será referente a los cambios. Esos cambios podrán ser aplicados para cualquier protección de información de atención medica que nosotros vamos a sostener.

**Usted podrá obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier repaso a nuestro aviso, a cualquier momento usted puede comunicarse con nosotros:**

**Maestro Chiropractic & Rehab**  
**2949 Swede Rd., East Norriton, PA 19401**  
**(T)610-270-8888/(F)610-270-8877**  
**maestrochiropractic@gmail.com**

**Derecho de Revocar:** usted podrá tener el derecho de revocar este consentimiento a cualquier hora siempre y cuando nos dé un aviso de su revocación y también decirnos quien será la persona en el lado de abajo. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no podrá afectar cualquier acción que nosotros tomemos en dependencia de este consentimiento antes de recibir tu revocación y así nosotros podemos declarar para que tu tratamiento continúe por si tú llegaras a revocar este consentimiento.

Yo \_\_\_\_\_ tuve la oportunidad completa de leer y considerar los consentimientos de este formulario de consentimiento acerca del Aviso de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que firmando este formulario. Estoy dando el consentimiento ustedes de proteger la información de salud médica para tomar en cuanta como en tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

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

**ES ESTE CONSENTIMIENTO FIRMADO POR UN REPRESENTATE PERSONAL CON EL FAVORICISMO DEL PACIENTE, POR FAVOR TERMINA LO SIGUIENTE:**

Nombre del Representativo Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_