

PERFIL DE SALUD



Nombre _____ Fecha ___/___/___ Edad _____ Mas/Fem
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono: Casa _____ Celular _____ Compañía de Celular _____
 Correo Electrónico _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___
 Ocupación _____ Nombre del Empleador _____
 Soltero / Casado / Divorciado / Viudo Nombre de su Esposo/a _____
 Numero de Hijos _____ Nombres y Edades _____

A quien le Agradeceremos Por Referirlo a Usted? _____



LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD ACÁ ABAJO



Preocupaciones de Salud según su severidad.	Rango de Severidad 1 = suave 10 = severo	cuando comenzó este episodio?	Has tenido este problema antes, cuando?	Comenzó este problema con un accidente?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____

HA VISTO OTRO DOCTOR POR ESTAS CONDICIONES? SI / NO

QUIROPRÁCTICO? _____ MÉDICO? _____ OTRO _____

QUIÉN Y CUANDO? _____

ENCIERRE TODOS LOS PROBLEMAS QUE TIENE

-MAREO	-DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA	-DOLOR DE GARGANTA	-DOLOR EN LOS HOMBROS	-NERVIOS
-NAUSEA	-CIÁTICA	-PROBLEMAS DE TIROIDES	-FATIGA CRONICA	-EPILEPSIA
-DOLOR DE CABEZA	-ADORMECIMIENTO EN LAS PIERNAS	-ADORMECIMIENTO EN BRAZOS	-LUPUS	-PROBLEMAS DE DISCOS
-VERTIGO	-ADORMECIMIENTO EN LOS PIES	-ADORMECIMIENTO EN LAS MANOS	-FIBROMIALGIA	-INFERTILIDAD
-REFLUJO GASTRIC O	-DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA	-PROBLEMAS MENSTRUALES	-DOLOR EN EL PECHO	-TMJ
-ENFERMEDAD DEL HIGADO	-DOLOR DECADERAS	-PROBLEMAS DE CORAZON	-DOLOR EN LOS BRAZOS	- PROBLEMAS DE RIÑONES
-INFECCIONES DE OIDO	-DOLOR EN LAS PIERNAS	-PROBLEMAS DE ESTOMACALES	-ADD/ADHD	- PROBLEMAS DE VEJIGA
-DOLOR DE CUELLO	-DOLOR EN LAS RODILLAS		-DOLOR EN LOS HOMBROS	OTROS: _____
-MIGRAÑAS	-ÚLCERAS		-FATIGA CRONICA	_____
-ANXIEDAD			-PROBLEMAS DIGESTIVOS	_____
-SINUSITIS				_____
-ASMA				_____

ENCIERRE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE/HA TENIDO:DERRAME
CEREBRAL

CANCER

ENFERMEDAD
DE CORAZONCIRUGÍA EN LA
COLUMNA

CONVULSIONES

FRACTURA EN LA
COLUMNA

ESCOLIOSIS

DIABETES

LISTE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE HA TENIDO Y EL

AÑO _____

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA CON O SIN PRESCRIPCIÓN:

CUANDO FUE SU ÚLTIMO ACCIDENTE DE CARRO? _____

HA TENIDO CUIDADO QUIROPRÁCTICO ANTERIORMENTE? SI / NO

SI LO HA TENIDO, LISTE EL NOMBRE DEL DR. & LA FECHA _____

ALGUNA VEZ HA QUEDADO INCONCIENTE? SI / NO

FRACTURADO UN HUESO? SI/NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR DESCRIBELA _____

OTRO TRAUMA: _____

SI ESTE PERFIL DE SALUD ES PARA UN MENOR/NIÑO, PORFAVOR LLENE Y FIRME ABAJO CONCENTIMIENTO

ESCRITO PARA UN NIÑO

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA OFICINA QUE ES UN MENOR/NIÑO _____

YO AUTORIZO AL DR. JACOB DUVAL QUALQUIERA DE LOS EMPLEADOS DE INSIDE-OUT CHIROPRACTIC PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EVALUACIONES RADIOGRAFICAS, DAR CUIDADO CORRECTIVO Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRÁCTICOS ESPECIFICOS A MI MENOR/ NIÑO.

HASTA ESTA FECHA, YO TENGO EL DERECHO LEGAL DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD DE MI MENOR/ NIÑO. SI MI AUTORIDAD DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR EL CUIDADO ES REVOCADO O ALTERADO, YO INMEDIATAMENTE NOTIFICARE A INSIDE-OUT CHIROPRACTIC.

FECHA_____
FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL_____
FIRMA DEL TESTIGO_____
RELACIÓN DEL GUARDIAN LEGAL CON EL MENOR/NIÑO

Información del Paciente (Debe ser Completado Antes que sea evaluado)

Nombre: _____
primero nombre del medio apellido

Numero de seguro social: _____ estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ teléfono #: _____

Nombre de compañía de seguros primario: _____

Nombre del asegurado _____ fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de seguro social del asegurado: _____

Nombre de compañía de seguros secundario: _____

Nombre del asegurado _____ fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de seguro social del asegurado: _____

Pólizas de seguro y Costos

- **Consulta:** incluye la historia del miembro de la oficina. Este servicio es gratuito.
- **Evaluación:** (miembro de la oficina nuevo o ya establecido) - incluye uno o más de los siguientes: la termografía, la electromiografía de superficie, la amplitud de movimiento, rango de movimiento y /o palpación estática, revisión de las piernas \$ 20 - \$ 80.
- **Ajuste Quiropráctico:** El real re-alineamiento de las vértebras hecho a mano. A menudo un sonido será escuchado, pero si no hay un sonido auditivo, esto no significa que el ajuste no ha tenido lugar. \$ 15 - \$50.
- **Los rayos X:** Tomas específicas de imágenes radiológicas de la columna vertebral para determinar la desalineación / subluxación de las vértebras. Estos también pueden ser utilizados para indicar el progreso después de un período del cuidado. \$ 25 por imagen.

Autorización / Asignación de Beneficios

Yo autorizo y solicito el pago de los beneficios del seguro directamente a Jacob Duvall, DC. Estoy de acuerdo que esta autorización cubrirá todos los servicios recibidos hasta que yo revoque la autorización. Estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede ser utilizado en lugar de la original. Todos los servicios profesionales recibidos se cobran al paciente. Se acostumbra a pagar por los servicios al momento de ser recibidos a menos que otros arreglos se hayan hecho con anterioridad. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos que no están cubiertos por esta asignación.

Firma _____

Fecha _____

Yo _____ He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas concernientes a los objetivos del Doctor en relación a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas con satisfacción. De manera que acepto el cuidado quiropráctico.

Notificación de Privacidad

Entiendo que tengo derechos de privacidad en cuanto la protección de mi información de salud, bajo el acta del año 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y ser usada para: Dirigir y planear mi tratamiento y seguimiento junto con todas las personas involucradas en este tratamiento directa o indirectamente. Obtener pagos que vienen de terceros. Dirigir operaciones normales como evaluaciones de calidad y certificación del médico. Entiendo que debo solicitar por escrito acerca de cómo mi privacidad es usada para llevar acabo el tratamiento, mis pagos o las operaciones del cuidado. También entiendo que ustedes no están en la obligación de aceptar mi petición, pero si está de acuerdo, entonces está en la obligación de hacer valer esta restricción.

Firma _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado acerca del estado de su salud y recomienda la atención y tratamiento para ser proporcionado a usted para que pueda tomar la decisión de si debe o no someterse a ese cuidado con pleno conocimiento de los riesgos conocidos. Esta información está destinada a hacer mejor informado para que puedas sabiamente dar o negar su consentimiento.

INTRODUCCIÓN

La quiropráctica se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente el sistema nervioso) del cuerpo y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud. La siguiente información es habitualmente proporcionado a todos los que consideran la quiropráctica y tratamiento en esta clínica.

LA NATURALEZA Y LA FINALIDAD DE LA QUIROPRÁCTICA

Se realizan ajustes por quiroprácticos para corregir la columna vertebral y las extremidades joint subluxaciones. Una de las más comunes de alteraciones del sistema nervioso es la vertebral subluxación. Esta condición es cuando una o más vértebras de la columna vertebral está desalineado, lo suficiente como para causar interferencias y/o irritación en el sistema nervioso. El objetivo principal en Quiropráctica salud es la extracción de un nervio interferencias causadas por la subluxación.

Un quiropráctico examen será experimentado que puede incluir espinal y examen físico, ortopédico y las pruebas neurológicas, la palpación, Instrumentación especializada, y el examen radiológico (rayos x). El ajuste quiropráctico es el método de la aplicación de precisión, alta velocidad de movimiento de la columna vertebral a través de una distancia muy corta. Hay un número de diferentes métodos o técnicas mediante los cuales la quiropráctica el ajuste es entregado. La quiropráctica ajustes pueden ser entregadas en mano, pero serán entregados mediante el uso de un instrumento u otro equipo especializado en Inside-Out Chiropractic .

EL CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

He sido informado de la naturaleza y la finalidad de la quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención, y los riesgos de la atención, incluyendo el riesgo de que la atención no puede lograr el objetivo deseado. He sido advertido de las posibles consecuencias si no reciben atención recibida. He de reconocer que no se han dado garantías a mí sobre los resultados de los cuidados y el tratamiento.

Tener este conocimiento, a sabiendas autorice dentro-fuera familia quiropráctica para proceder con cuidado quiropráctico y el tratamiento.

ESCRIBA SU NOMBRE AQUI

FECHA

FIRMA

EDAD

PACIENTES FEMENINOS UNICAMENTE: EN MI CONOCIMIENTO, YO SE QUE NO ESTOY EN EMBARAZO A LA HORA DE TOMAR LAS RADIOGRAFIAS ACÁ EN INSIDE-OUT CHIROPRACTIC.

FIRMA

FECHA

HISTORIA DE LA SALUD DE SU FAMILIA

ESTA FORMA ES PARA AYUDAR A LOS DOCTORES. PROPORCIONAR ESTA INFORMACION DE SU HISTORIAL DE SALUD ES IMPORTANTE PARA SU REVISION.

FECHA _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE AQUI _____

CONDICION	ESPOSO/A	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
DOLOR DE BRAZO					
ARTRITIS					
ASMA					
ADD/ADHD (PROBLEMA DE ATENCION)					
ALERGIAS					
PROBLEMAS DE ESPALDA					
ORINAR LA CAMA					
CANCER					
TÚNEL CARPIANO					
FALLECIDO					
DIABETES					
PROBLEMAS DIGESTIVOS					
PROBLEMS DE DISCOS					
INFECTIONS DE OIDO					
FIBROMIALGIA					
DOLORES DE CABEZA					
ACIDEZ					
PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
DOLOR DE CADERAS					
DOLOR DE PIERNAS					
PROBLEMAS MENSTRUALES					
MIGRAÑAS					
DOLOR DE CUELLO					
ESCOLIOSIS					
DOLOR DE HOMBROS					
PROBLEMAS DE SINUSITIS					
TMJ (PROBLEMAS DE MANDIBULA)					