



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

La siguiente información es necesaria para servirle mejor. Por favor, complete todas las preguntas.
Si necesita ayuda, consulte a la recepcionista. POR FAVOR IMPRIMA

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Teléfono residencial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: C S V D No. de niños: _____

Referido por: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, compruebe el tipo de pago: Dinero Cheque Tarjeta de crédito/débito (Visa/Mastercard)

Empleador: _____ Ocupación: _____ Años en el trabajo: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Postal: _____

Teléfono de la oficina: _____ Teléfono celular: _____ SS# _____

¿Tiene seguro médico?? Si No Compañía de seguros: _____

Plan de seguro/Grupo#: _____ Medicare/Medicaid (circulo) Sí No

Nombre del esposo o padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del cónyuge: _____ Ocupación: _____

Teléfono de la oficina: _____ Teléfono celular: _____ SS# _____

Describe la queja / preocupación principal: _____

¿Su condición se debe a un accidente?? Sí No Fecha del accidente: _____

Tipo de accidente? Coche Trabajo/Trabajo En casa Otro: _____

Yo (nosotros) aceptamos pagar por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente a medida que se incurre en el cargo. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo y que soy personalmente responsable del pago de todos y cada uno de los servicios cubiertos o no cubiertos. También entiendo que si suspendo o termino mi atención o tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me presten será inmediatamente vencida y pagadera.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del guardián: _____ **Fecha:** _____

Aviso a los nuevos pacientes: El pago total de los servicios prestados se debe realizar al final de cada visita. Si por alguna razón esta solicitud no puede ser mía, los arreglos deben hacerse con anticipación antes de ver al médico..



POLÍTICA DE LA OFICINA FINANCIERA

Con mi consentimiento, Agape Upper Cervical Health Center, Inc., puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica (TPO). Consulte el Aviso de privacidad de Agape Upper Cervical Health Center, Inc. para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones..

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Agape UCHC se reserva el derecho de revisar su Aviso de Derechos de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Agape UCHC.

Con mi consentimiento, Agape UCHC, puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica de cuidar TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro o cualquier llamada relacionada con mi atención quiropráctica..

Con mi consentimiento, Agape UCHC puede enviar por correo a mi hogar u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes..

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Agape Upper Cervical Health Center, Inc. use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Agape Upper Cervical Health Center, Inc. puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal

Imprimir el nombre del paciente o tutor legal

Autorización para pagar al médico/clínica

Por la presente autorizo y dirijo el pago de cualquier beneficio de gastos médicos permitido al médico / clínica nombrado a continuación como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Este pago no excederá mi deuda con el médico / clínica. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica estática de este acuerdo servirá como el original..

Firma

Fecha

La autorización para pagar/liberar se concede a:

Agape Upper Cervical Health Center, Inc.
1122 Cambridge Square
Suite A
Alpharetta, GA 30009



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y rayos X de diagnóstico, en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el médico de quiropráctica mencionado a continuación y / u otros médicos quiroprácticos con licencia que ahora o en el futuro trabajan en la clínica u oficina enumerada a continuación o en cualquier otra oficina o clínica..

Charmaine Herman, Doctora en Quiropráctica y / o con otro personal de la oficina o clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado que, como en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza un juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere en ese momento, basado en los hechos que él o ella conoce, es lo mejor para mí..

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento..

Charmaine Herman para usar mi condición y tratamiento con fines educativos a través de la enseñanza o en artículos de investigación y publicaciones. Entiendo que toda la información de identificación (nombre, dirección, número de teléfono, descripción física, etc.) será retenida de la divulgación.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



¿Cómo se enteró de nuestra oficina?? _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Condiciones médicas: Marque todas las casillas que se aplican a usted

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |

Cirugías: Marque todas las casillas que se aplican a usted

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Procedimiento cardiovascular | <input type="checkbox"/> Columna cervical | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Columna lumbar | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Cerebro | <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> Columna torácica | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Urogenital | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Aumento de senos | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Alergias: Marque todas las casillas que se aplican a usted

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moldear | <input type="checkbox"/> Estacional | <input type="checkbox"/> Leche o lactosa | <input type="checkbox"/> Animal |
| <input type="checkbox"/> Químico _____ | <input type="checkbox"/> Sulfitos | <input type="checkbox"/> Trigo/Gluten | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Historial social: Marque todas las casillas que se aplican a usted

- | | | | |
|---------------------|---|--|-----------------------------------|
| Consumo de cafeína: | <input type="checkbox"/> ocasional | <input type="checkbox"/> frecuentemente | <input type="checkbox"/> nunca |
| Beber alcohol: | <input type="checkbox"/> ocasional | <input type="checkbox"/> frecuentemente | <input type="checkbox"/> nunca |
| Ejercicio: | <input type="checkbox"/> ocasional | <input type="checkbox"/> frecuentemente | <input type="checkbox"/> nunca |
| Beba agua: | <input type="checkbox"/> <64 oz/día | <input type="checkbox"/> >64 oz/día | <input type="checkbox"/> nunca |
| Cigarrillos: | <input type="checkbox"/> <1 paquete/día | <input type="checkbox"/> >1 paquete/día | <input type="checkbox"/> nunca |
| Dormir: | <input type="checkbox"/> <8 horas/noche | <input type="checkbox"/> >=8 horas/noche | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| Otro: _____ | | | |

Historia familiar: Marque todas las casillas que se aplican a usted

- | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Artritis: | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Cáncer: | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Diabetes: | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Golpe | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Occupational Activities: Check one (1) box that best describes your occupation/job

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración | <input type="checkbox"/> Dueño de Negocio | <input type="checkbox"/> Clerical/Secretario | <input type="checkbox"/> Operador de Computadoras |
| <input type="checkbox"/> Operador de equipo pesado | <input type="checkbox"/> Guardería/Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Atención médica |
| <input type="checkbox"/> Industria de servicios de alimentos | <input type="checkbox"/> Trabajo manual medio | <input type="checkbox"/> Fabricación | <input type="checkbox"/> Servicios a domicilio |



- Trabajo manual pesado Trabajo manual ligero Ejecutivo/Legal Ama de casa
 Estudiante Educador/Profesor Ingeniería Otro _____

Revisión de sistemas: marque todas las casillas que correspondan si tiene / tuvo **problemas pasados, presentes o no** con cualquiera de las siguientes condiciones

Cardiovascular	Pasado	Presente	No	Respiratorio	Pasado	Presente	No	Alérgico/inmunológico	Pasado	Presente	No
Mala circulación				Asma				Urticaria			
Hipertensión				Tuberculosis				Trastorno inmunitario			
Aneurisma aórtico				Respiración corta				VIH/SIDA			
Enfermedad cardíaca				Emphysema				Vacunas contra la alergia			
Infarto				Resfriado/gripe				Uso de cortisona			
Dolor en el pecho				Tos							
Colesterol alto				Sibilancia							
Marcapasos								Oído, nariz y garganta	Pasado	Presente	No
Dolor de mandíbula				Ojos	Pasado	Presente	No				
Arritmia								Dificultad para tragar			
Hinchazón de las piernas				Glaucoma				Mareos			
				Visión doble				Pérdida auditiva			
Genitourinario	Pasado	Presente	No	Visión borrosa				Dolor de garganta			
								Hemorragias nasales			
Nefropatía				Psiquiátrico	Pasado	Presente	No	Encías sangrantes			
Ardor al orinar								Infecciones sinusales			
Micción frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				Gastrointestinal	Pasado	Presente	No
Cálculos renales				Estrés							
Dolor en la parte inferior del lado								Problemas de la vesícula biliar			
				Endocrino	Pasado	Presente	No	Problemas intestinales			
Neurológicos	Pasado	Presente	No					Estreñimiento			
				Tiroides				Problemas hepáticos			
Golpe				Diabetes				Úlceras			
Convulsiones				Alopecia				Diarrea			
Lesión en la cabeza				Menopáusico				Náuseas/vómitos			
Aneurisma cerebral				PMS				Heces con sangre			
Entumecimiento								Falta de apetito			
Dolores de cabeza severos				Hematologic	Pasado	Presente	No				
Nervios pellizcados								Musculoesquelético	Pasado	Presente	No
Parkinson				Hepatitis							
Túnel carpiano				Coágulos de sangre				Gusto			



Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Hematomas				Rigidez articular			
Metabolismo	Pasado	Presente	No	Hemorragia				Debilidad muscular			
				Fiebre, escalofríos				Osteoporosis			
Pérdida / aumento de peso				Transpiración				Huesos rotos			
Bajo nivel de energía				Varice				Juntas reemplazadas			
Dificultad para dormir								Dolor de cuello			
								Dolor lumbar			
								Dolor de espalda superior			

Por favor, enumere todos los medicamentos actuales que se están tomando:

¿Está embarazada?? Sí No No estoy seguro No aplicable

Presente queja principal: Utilice la siguiente tecla para indicar / dibujar en el diagrama corporal a continuación donde experimenta los siguientes síntomas

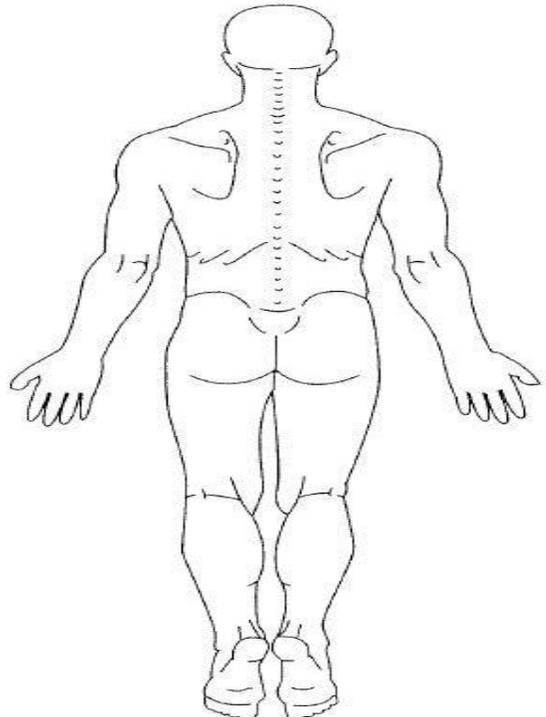
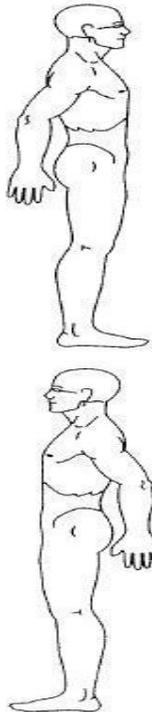
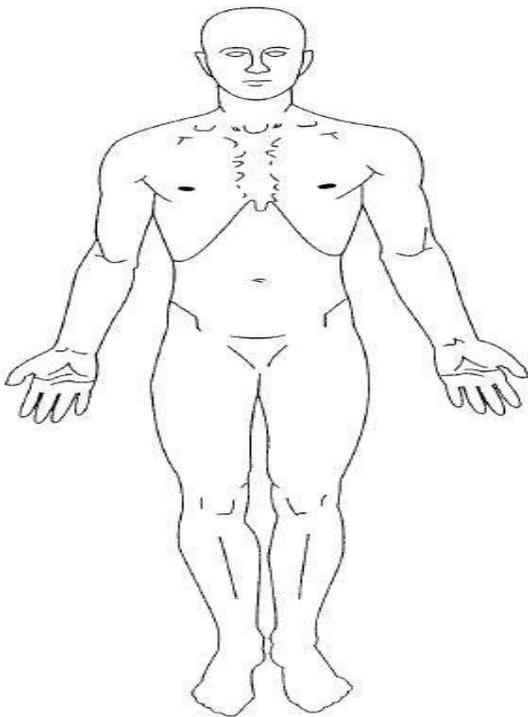
E=Entumecimiento

Ar=Arde

Af=Afilado

H=Hormigueo

DS=Dolor sordo





Intensidad media del dolor:

Últimas 24 horas: sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

Semana pasada: sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Cómo están cambiando sus síntomas? Mejorando No cambiar Empeorando

¿Esta queja viaja a otras partes de su cuerpo? Sí No

En caso afirmativo, donde? _____

¿Hay algo que mejore su dolor? Sí No En caso afirmativo, por favor enumere:

¿Hay algo que aumente su dolor? Yes No En caso afirmativo, por favor enumere:

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas? _____

¿Sus síntomas son el resultado de: Accidente de Vehículo Motorizado Accidente de trabajo

Otro _____

¿Ha comenzado alguna actividad nueva como deportes, pasatiempos, trabajo o entrenamientos recientemente?? Sí No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas??

Constantemente
(76-100% del día)

Frecuentemente
(51-75% del día)

Ocasionalmente
(26-50% del día)

Intermitentemente
(0-25% del día)

¿Ha experimentado estos síntomas antes? Sí No En caso afirmativo, explique _____

¿Qué palabras describen mejor sus síntomas?

Afilado

Dolor

Entumecer

Tiroteo

Arde

Hormigueo

Palpitante

Confuso

Insensibilizado

Desequilibrado

Acúfeno

Otro _____

¿Esta queja le impide realizar cualquier actividad diaria como vestirse, conducir, trabajar, etc.?

Sí No En caso afirmativo, explique _____



¿Esta queja le impide realizar otras actividades como pasatiempos, lectura, ejercicio, etc.??

Sí No **En caso afirmativo, explique** _____

¿Hay algo más que le gustaría que el médico supiera con respecto a su queja? Sí No

En caso afirmativo, explique _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____