



## INFORMACION PERSONAL / APLICACION PARA TRATAMIENTO

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

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Número

de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de hijos/as: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de padres o esposa/o: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo: \_\_\_\_\_

Descripción del trabajo: (¿de pie? sentado? levantar objetos pesados? ¿Trabajo de computadora?)

---

---

¿Alguna vez has tenido un accidente de auto o de otra clase? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Año pasado \_\_\_\_\_ hace 5 años \_\_\_\_\_ más de 5 años \_\_\_\_\_

Describe el accidente/trauma:

---

---

Estas tomando medicamentos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Anote los medicamentos: \_\_\_\_\_

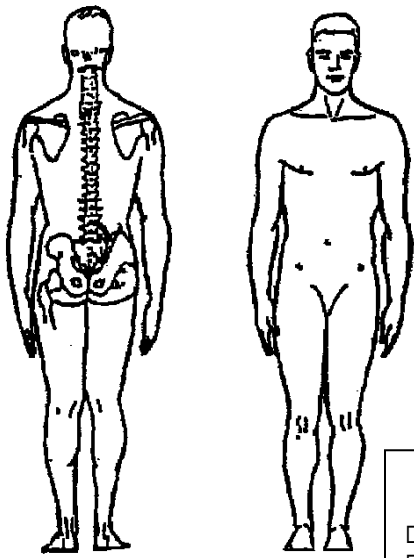
Algún efecto secundario de las medicinas: \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugías? Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de cirugía? \_\_\_\_\_

¿Todavía está afectado luego de su cirugía? Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_



## Quejas, condiciones y problemas actuales

(Por favor incluya todas las condiciones y márcalas en el diagrama)

---



---



---



---

¿Cuánta molestia tiene?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 siendo el peor dolor que haya sentido)

### GENERAL

- Alergia
- Escalofríos
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Perdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo/depresión
- Neuralgia
- Adormecimiento
- Suda mucho
- Tremores

### MUSCLE & JOINT

- Artritis
- Bursitis
- problemas del pie
- Herniaciones
- Dolor de espalda baja
- Lumbago
- Dolor de cuello o rigidez
- Dolor entre los hombros
- Hombros
- Brazos
- Codos
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Rodillas
- Pies
- Dolor en la cola
- Mala postura
- Ciática
- Curvatura de la columna
- Articulaciones inflamadas

### CARDIO-VASCULAR

- Endurecimiento de las arterias
- Hipertensión
- Presión arterial baja
- Dolor de corazón
- Mala circulación
- Latido del corazón rápido
- Latido del corazón lento
- Hinchazón de los tobillos

### RESPIRATORIO

- Dolor de pecho
- Tos crónica
- Dificultad para respirar
- Escupiendo sangre
- Escupiendo flema
- Silbidos al respirar

### Piel

- Hieve
- Moretones
- sequedad
- Alergia
- Picazón
- Erupciones en la piel
- Venas varicosas

### GENITO-URINARIO

- Moja la cama
- Sangre en orina
- Orina frecuentemente
- Infección del riñón o piedras
- Dolor al orinar
- Problemas de próstata
- Pus en orina

#### Solo para Mujeres

- Congestionamiento de senos
- Calambres o dolor de espalda
- Flujo menstrual excesivo
- Oleadas de calor
  
- Ciclo Irregular
- Síntomas de la menopausia
- Menstruación dolorosa
- Flujo Vaginal

SI  No está usted embarazada?

### GASTRO-INTESTINAL

- Eructos o gases
- Colitis
- Problemas de Colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Digestión difícil
- Distensión del abdomen
- Hambre excesiva
- Problemas de vesícula
- Hemorroides
- lombrices intestinales
- Problemas de hígado
- Náuseas
- Dolor de estómago
- Falta de apetito
- Vómitos
- Vómitos con sangre

### OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Asma
- Resfriados
- Sordera
- Dolor de oído
- Secreción del oído
- Ruidos de oído
- Glándulas inflamadas
- Tiroides agrandada
- Dolor en el ojo
- Falla en visión
- Problemas de encías
- Fiebre del heno
- Ronquera
- Obstrucción Nasal
- Sangrado nasal
- Infección nasal
- Dolor de garganta
- Amígdalas inflamadas

# **POLIZA FINANCIERA DE NUESTRA CLINICA**

## **CASH**

1. Todos los pacientes están en una base de efectivo hasta su respectiva cobertura y deducible puede ser verificado por nuestro personal.
2. Esta oficina puede hacer arreglos de pago de forma individual. Cualquier plan o acuerdo se discutirá durante su informe de conclusiones.

## **SEGURO MEDICO**

Si usted tiene seguro, con mucho gusto le brindamos la copia de su tratamiento junto a los códigos e diagnósticos de los mismos. Es su responsabilidad comunicarse con su aseguranza para saber cualquier tipo de información y cubierta. De la misma manera usted se responsabiliza en pagar a Lufkin Clínica of Chiropractic la totalidad de su tratamiento.

He leído y entiendo la póliza financiera de la clínica y acepto estos términos.

---

Firma

---

Fecha



## Consentimiento de Cuidado Quiropráctico

Nombre: \_\_\_\_\_ Patient ID# \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y autorizo el manejo de caso quiropráctico para mí (o por la persona nombrada a continuación, por los cuales yo soy el responsable legal) en la Clínica Quiropráctico de Lufkin.

Mi doctora/a explicado los siguientes puntos de información a mi:

- 1- El propósito del cuidado quiropráctico es optimizar la salud, facilitando la integridad neurológica y biomecánica, lo que permite la expresión máxima de la capacidad de recuperación innata del cuerpo.
- 2- Entiendo que los servicios quiroprácticos serán proporcionados por la Dra. Mercado.
- 3- Los ajustes quiroprácticos son extremadamente seguros cuando se aplican correctamente. Sin embargo, entiendo que existen algunos riesgos del cuidado quiropráctico que incluyen, pero no es limitado a, fracturas, lesiones del disco vertebral, golpes, luxaciones y esguinces. No espero que el doctor anticipe y explique todos los riesgos y complicaciones, pero voy a confiar en el buen juicio de la doctora para proteger mis intereses. Ninguna garantía de cura ha sido dada o implicada.
- 4- Una pequeña fuerza se introduce en la columna vertebral durante un ajuste quiropráctico que puede dar lugar a molestias músculo esqueléticas temporarias. Por lo general, éstos son leves y transitorios.
- 5- La doctora discutirá los riesgos adicionales inherentes para mi caso, durante un informe de los resultados, y documentará ésta discusión en el expediente de mi caso. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener, se abordarán a ese momento. Yo entiendo que soy un participante activo en mi ciudad quiropráctico y que me animan hacer preguntas o expresar cualquier preocupación.
- 6- Doy mi permiso para que el doctor se comunique por teléfono o por correo electrónico sobre temas del cuidado quiropráctico, recordatorios de citas u horarios.
- 7- Lufkin Clinic of Chiropractic es compatible con todas las regulaciones de HIPPA, y toma todas las precauciones razonables para salvaguardar mi privacidad en todos los asuntos. Entiendo que cualquier preocupación que tenga con respecto a la privacidad y seguridad de mi información de salud puede ser discutido con mi doctor.
- 8- Entiendo que mis datos clínicos se pueden usar de forma anónima para propósitos de investigación. Si se hace esto, se me informará sobre la naturaleza de la investigación y se me dará tiempo para considerer. También entiendo que si estoy de acuerdo, mis datos personales no serán de ningún modo identificable.
- 9- Al firmar a continuación, afirmo que he leído o se me ha leído, este documento de consentimiento y estoy de acuerdo con sus disposiciones. Comprendo que este documento cubrira todo el curso de mi cuidado, actual y en el futuro.
- 10- Soy libre de rechazar el cuidado o retirar mi consentimiento e interrumpir cuidado en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha