



Fecha: _____ # Record: _____

Nombre: _____ I. _____
Apellidos: _____

Dirección Postal: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ País: _____

Código Postal: _____

Teléfono celular: () _____ - _____

Teléfono Trabajo: (787) _____ - _____

Ext: _____

Teléfono Casa: (787) _____ - _____

¿Para confirmar sus citas que prefiere?

Mensaje de texto Llamada Personal

e-mail: _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (mes/día/año)

Estado Marital: Cas Viud Solt Div

Ocupación del Paciente: _____

Nombre de la compañía: _____

Nombre del Tutor: _____

¿Cómo se entero de la compañía? _____
Si fue por paciente dé nombre

¿Ha visitado otro Quiropráctico? SI NO

Nombre del doctor y localización de oficina:

¿Está usted bajo cuidado médico actualmente? SI NO

¿Porque? _____
Nombre de los medicamentos que está tomando:

¿Tiene usted seguro Médico? SI NO

Nombre del Seguro: _____

¿Es usted el asegurado primario? SI NO

**Si contesta que NO, dé información del
ASEGURADO PRIMARIO**

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Compañía para la que trabaja: _____

Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año)

Sexo: F M

Relación con el Paciente: _____



LISTADO DE SINTOMAS

- DOLOR DE CUELLO
- DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA
- DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA
- MOVIMIENTO LIMITADO
- DEBILIDAD
- ENTUMECIMIENTO
- ADORMECIMIENTO
- HORMIGUEO
- ARDOR
- MAREO
- VÉRTIGO
- DOLORS DE CABEZA / MIGRAÑA
- RUIDO EN LOS OÍDOS
- VISIÓN NUBLOSA
- NAUSEAS
- DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
- PERDIDA DE LA MEMORIA

- DOLOR DE HOMBRO
- DOLOR DE CODO
- DOLOR MUÑECA
- DOLOR DE MANO
- DOLOR DE CADERA
- DOLOR DE RODILLAS
- DOLOR DE TOBILLO
- DOLOR DE PIE

- ESPASMOS MUSCULARES
- ANSIEDAD/NERVIOSISMO
- DEPRESIÓN
- INSOMNIO
- TIROIDE
- REFLUJO/ACIDEZ
- ESTREÑIMIENTO

- DERECHO / IZQUIERDO

OTROS: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Cuestionario de Evaluación Funcional

Nombre: _____ Fecha de evaluación: _____

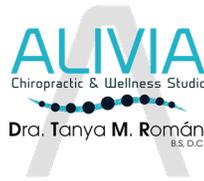
Utilizando la siguiente clave, circule una contestación para cada actividad indicando su capacidad para llevarlas acabo

Clave: (0 = normal) (1 = Dificultad minima) (2 = Dificultad moderada) (3 = muy dificil) (4 = incapaz de hacerlo)

Actividad	Puntuación
1. Dormir	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2. Sube y baja escaleras	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3. Cocinar y comer alimentos	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
4. Caminar	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
5. Asearse (bañarse, peinarse, afeitarse, etc.)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
6. Levantarse o acostarse en la cama	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
7. Vestirse	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
8. Amarrarse los zapatos	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
9. Levantar y cargar hasta 10 libras	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
10. Mantenerse sentado por un periodo de tiempo razonable. (1hr)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
11. Mantenerse de pie por un periodo de tiempo razonable. (1hr)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
12. Usar los brazos para alcanzar algo sobre el nivel de la cabeza.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
13. Hacer deportes o actividades recreativas	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
14. Ponerse en cuclillas para levantar algo	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
15. Correr	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
16. Manejar un vehículo de motor	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
17. Requisitos de la posición- Realizar todas las actividades requeridas en tu trabajo	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Escala de dolor: Por favor circule el numero que mejor describe el dolor que ha experimentado en la última semana, siendo el 0 ningún dolor y el 10 el peor dolor imaginable.

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y TRANSACCIONES U OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD

LA LEY FEDERAL 'HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT*' (HIPAA) DEL 1996 REQUIERE QUE SE LE NOTIFIQUE AL PACIENTE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD Y QUE SE EVIDENCIE DICHA NOTIFICACIÓN.

SIN EMBARGO, LA LEY 194 DEL 2000 CONOCIDA COMO LA CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE REQUIERE QUE PARA PODER PROVEERLE NUESTROS SERVICIOS DEBEMOS OBTENER SU CONSENTIMIENTO PARA PROVEERLE EL CUIDADO DE SALUD QUE NOS SOLICITA Y QUE INCLUYE SU PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO, PAGO Y OTRAS TRANSACCIONES U OPERACIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD. QUE LLEVA A CABO EL CONSULTORIO MÉDICO.

POR LO TANTO, REVISE ESTE CONSENTIMIENTO CON MUCHO CUIDADO. AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO USTED AUTORIZA Y ESTÁ DE ACUERDO CON LO QUE LE OFRECE EL CONSULTORIO MÉDICO, EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU SALUD Y DIVULGUE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LLEVAR A CABO TRATAMIENTOS, PAGOS O CUALQUIER OTRA TRANSACCIÓN U OPERACIÓN PARA EL CUIDADO DE SU SALUD.

YO, _____, DOY MI CONSENTIMIENTO AL CONSULTORIO MÉDICO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO PARA LA CONDICIÓN DE SALUD POR LO CUAL ACUDO A ESTA OFICINA.

ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A:

- QUE SE PROVEA INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ADECUADA, ASÍ COMO LA OPORTUNIDAD REAL DE PARTICIPAR EN LAS DECISIONES RELACIONADAS CON MI CUIDADO MÉDICO Y DE SALUD, DE MANERA QUE MI CONSENTIMIENTO SEA VALIDO PARA DICHAS DECISIONES.
A DISCUTIR OPCIONES DE TRATAMIENTO.
- A CONOCER DE LOS RIESGOS, COSTOS, PROBABILIDADES DE ÉXITO O FRACASO EN DICHAS OPCIONES DE TRATAMIENTO.
- A REHUSARME O DECIDIR DICHO TRATAMIENTO.
- A DESIGNAR A UNA PERSONA COMO TUTOR EN CASO DE QUE SEA NECESARIO PARA QUE ESA PERSONA DESIGNADA COMO TUTOR PUEDA TOMAR DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO, PAGO O SERVICIOS NECESARIOS PARA MI CUIDADO DE SALUD.
- SER INFORMADO DE DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, MEDICACIÓN, POSIBLES RIESGOS, O BENEFICIOS.

ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- RESPETAR LA RAZA, PROCEDENCIA, RELIGIÓN, SEXO, EDAD, E IMPEDIMENTOS DE LAS DEMAS PERSONAS EN LA CLÍNICA.
- MANTENER SU ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD EN LAS CITAS.
COMUNICARSE CON LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN SOBRE DIFERENCIAS DE OPINIÓN EN SU TRATAMIENTO, DUDAS, PREFERENCIAS, CAMBIOS DE CITAS O AUSENCIAS Y COOPERAR EN EL TRATAMIENTO.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS SEGUN INDICADO Y SEGUIR EL TRATAMIENTO ORDENADO.
COMUNICARSE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE IRREGULARIDADES O PERJUICIOS QUE OCASIONE ALGÚN MEDICAMENTO O TRATAMIENTO.
- MANTENER UNA CONDUCTA ADECUADA Y RESPETUOSA MIENTRAS ASISTE A MI OFICINA.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO USTED AUTORIZA AL CONSULTORIO MÉDICO SU FUERZA TRABAJADORA (QUE DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL HIPAA INCLUYE NO SOLO EMPLEADO(A)S REGULARES O PARCIALES, SINO TAMBIÉN VOLUNTARIOS) Y SUS ASOCIADOS DE NEGOCIO, A QUE USEN Y DIVULGUEN SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO, TRANSACCIONES Y OPERACIONES DE SALUD.

Yo, _____, CERTIFICO QUE HE LEÍDO LAS DISPOSICIONES DE ESTE CONSENTIMIENTO, QUE LO ENTIENDO Y QUE ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN EL MISMO.

FIRMA DEL PACIENTE