

# SOBRE EI/LA PACIENTE

Health Connection Family Chiropractic 5101 Thimsen Ave #106 Minnetonka, MN 55345

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Género/Sexo  M  F  
 Nombre de su Esposo(a) \_\_\_\_\_ Nombres y edades de sus hijos \_\_\_\_\_  
 Su Empleador \_\_\_\_\_ Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ ¿Ha ido a un chiroprático antes?  No  Si  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Doctor(a) \_\_\_\_\_

- Autorizo al médico o su personal a brindar la atención que se considere apropiada para mí y/o mi hijo(a)
- Autorizo a Health Connection para divulgar y/o solicitar registros a/o de otros proveedores según sea necesario.
- Entiendo que soy responsable de todas las facturas incurridas en esta oficina.
- Autorizo la asignación de mis beneficios de Seguro (si corresponde) directamente al proveedor.
- Entiendo que después de un servicio promocional inicial, la atención continua sera a precio regular.
- Para mi balance mi método de pago preferido es:  Efectivo  Cheque  Tarjeta de crédito  Carro/Trabajo Seguro.

X \_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente / Guardián (Esto representa una autorización a largo plazo para toda ocasion de servicio.)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## RAZÓN PARA BUSCAR ATENCIÓN

### QUEJAS PRESENTES

1. \_\_\_\_\_ ¿Cuando empezó su problema? \_\_\_\_\_  
 El dolor es:  Sordo  Agudo  Entumecido /Hormigueos  Punzante  Constane  Ocasional  Permanece Igual  Empeorando  
 Leve  Moderado  Severo  Peor en la mañana  Peor por la noche  El dolor se irradia a \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ¿Cuando empezó su problema? \_\_\_\_\_  
 El dolor es:  Sordo  Agudo  Entumecido /Hormigueos  Punzante  Constante  Ocasional  Permanece Igual  Empeorando  
 Leve  Moderado  Severo  Peor por la mañana  Peor por la noche  El dolor se irradia a \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ¿Cuando empezó su problema? \_\_\_\_\_  
 El dolor es:  Sordo  Agudo  Entumecido /Hormigueos  Punzante  Constante  Ocasional  Permanece Igual  Empeorando  
 Leve  Moderado  Severo  Peor por la mañana  Peor por la noche  El dolor se irradia a \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ ¿Cuando empezó su problema? \_\_\_\_\_  
 El dolor es:  Sordo  Agudo  Entumecido /Hormigueos  Punzante  Constante  Ocasional  Permanece Igual  Empeorando  
 Leve  Moderado  Severo  Peor por la mañana  Peor por la noche  El dolor se irradia a \_\_\_\_\_

5. ¿Su condición afecta:  Su Dormir  El Trabajo  Rutina Diaria  Sentarse  Manejar

6. ¿Que alivia sus sintomas? \_\_\_\_\_

7. ¿Que ocasiona que empeoren? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué medicos ha visto? \_\_\_\_\_

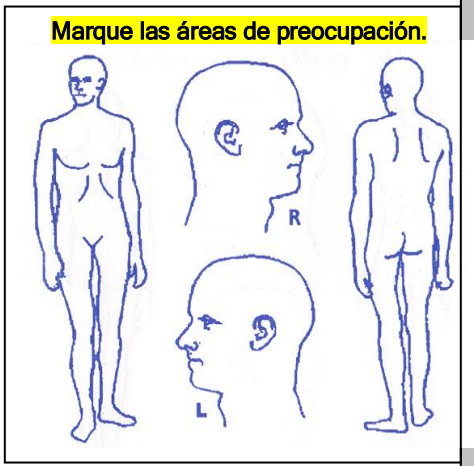
9. Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

10. Resultados: \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Está embarazada?**

Si  No



# HISTORIAL DE SALUD GENERAL

Health Connection Family Chiropractic 5101 Thimsen Ave #106 Minnetonka MN, 55345

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ *Marque las condiciones que le apliquen.*

Pasado/a Present

- Dolores de cabeza
- Migraña
- Dificultad para respirar
- Alergias / Asma
- Efectos secundarios de medicamentos
- Diabetes
- Manos o pies fríos
- Dolores musculares
- Dificultad para caminar
- Entumecimiento de piernas/pies
- Desmayos
- Problemas de vesícula biliar
- Zumbido en los oídos
- Problemas de oído
- Problemas para dormir
- Problemas de la vista
- Problemas tiroideos
- Problemas de hígado
- Problemas de riñón
- Sensibilidad ocular
- Otro/a \_\_\_\_\_

Pasado/a Present

- Problemas urinarios
- Moretones con facilidad
- Consumo de tabaco
- Problemas Dentales
- Fibromialgia
- Uso de anticoagulantes
- VIH positivo/a
- Cáncer
- Depresión
- Consumo de alcohol
- \_\_Alta o \_\_Baja presión de sangre
- Accidente cerebrovascular
- Colesterol alto
- TMJ
- Problemas digestivos
- Dolor por todas partes
- Tensión / Irritabilidad
- Dolores en el pecho
- Marcapasos cardíaco
- Problemas del corazón

1. Liste los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

2. Liste todos los médicos que está viendo actualmente: \_\_\_\_\_

3. ¿Algún médico u otro profesional le ha aconsejado que "vaya a un quiropráctico?":  No  Sí, Nombre \_\_\_\_\_

## HISTORIA PASADA

4. Liste las fechas de colisiones de automóviles pasadas: \_\_\_\_\_ ¿Se recibió algún cuidado? \_\_\_\_\_

5. Liste las fechas de lesiones laborales pasadas: \_\_\_\_\_ ¿Se recibió algún cuidado? \_\_\_\_\_

6. Liste cualquier lesión deportiva, recreativa o en el hogar pasada: \_\_\_\_\_

7. Describa condiciones anteriores y tratamientos recibidos: \_\_\_\_\_

8. Liste todas las hospitalizaciones y cirugías anteriores: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

Por parte del Papa:  Enfermedad del corazón  Cáncer  Diabetes  Uso intensivo de medicamentos  Artritis  Otro/a \_\_\_\_\_

Por parte de Mama:  Enfermedad del corazón  Cáncer  Diabetes  Uso intensivo de medicamentos  Artritis  Otro/a \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro historial familiar que desee que conozcamos? \_\_\_\_\_

# PÓLIZA DE OFICINA

Health Connection Family Chiropractic 5101 Thimsen Ave #106 Minnetonka, MN 55345

## REVISIÓN ESPINAL:

- Recomendamos que todos se hagan un chequeo temprano de la columna vertebral para detectar problemas de columna. La prevención es la mejor medicina.
- Niños especialmente, para ver si su columna se está desarrollando anormalmente. Un chequeo espinal es fácil y divertido para los niños.

## TAMBIÉN OFRECEMOS:

- Suplementos, bolsas de hielo, asesoramiento nutricional/de ejercicio.  
*Pregunte sobre estos servicios!*

## ACUERDOS PARA LOS MEJORES RESULTADOS:

- Recuerde que se necesita tiempo y esfuerzo para mejorar su salud. *Sin tiempo + Sin esfuerzo = Sin resultados*
- Cumpla con sus citas y recupere las visitas perdidas o reprogramadas dentro de un día, siempre que sea posible.
- Por favor llame si va a llegar tarde o necesita reprogramar.
- Siéntase bienvenido a recomendar a sus familiares y amigos para que reciban atención. Estamos aquí para ayudarlos también.
- Si paga por adelantado, comprenda que le devolveremos el dinero no utilizado si la atención finaliza antes de tiempo.
- Estoy de acuerdo en permitir que mi nombre/apellido, foto, video o testimonio se use durante el curso normal del negocio.
- Entiendo que el tiempo para ajustes es para ajustes, pero siempre puedo hablar con el Doctor mediante una cita especial o una llamada telefónica. Él está aquí para ayudarlo en todo lo que pueda. ¡Queremos que le vaya bien!

## LAS VISITAS DE OFICINA PUEDEN INCLUIR:

- **Ajustes quiroprácticos específicos** para promover la movilidad, estimular el tejido y mejorar la alineación. Aquí es cuando el Doctor trabaja directamente en su cuello o espalda, a veces haciendo un chasquido, \$50 a \$70
- **Ajustes de las extremidades** para promover la movilidad, estimular el tejido, mejorar la alineación de las articulaciones de la extremidades. \$35
- **Tracción intersegmental/ mecánica** para tensar/ relajar los tejidos blandos, ayudar a la cicatrización y la movilidad. Esta es la mesa negra con los rodillos que efectivamente extienden, estiran, y traccionan la columna vertebral. \$40
- **Terapia manual** para modular el dolor, aumentar la flexibilidad, reducir hinchazon, movilizar los tejidos blandos. Este es un trabajo práctico en la columna vertebral u otras articulaciones realizadas por el Doctor. \$35
- **Terapia de calor** para condiciones subagudas y crónicas con el paquete de calor digital utilizado en el área de interés. \$50
- **Decompresión espinal para aliviar la presión sobre las articulaciones degenerativas, los discos abultados y herniados.** \$65
- **Suplementos/Productos nutricionales** si es necesario y según el precio.
- 

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Para Uso Del Personal: \_\_\_\_\_

# PÓLIZA DE PRIVACIDAD

Para nosotros es importante proteger la privacidad de su información médica personal. La divulgación de su información médica protegida sin autorización está estrictamente limitada a situaciones definidas que incluyen: atención de emergencia, actividades de garantía de calidad, salud pública, investigación y actividades de aplicación de la ley.

- Puede solicitar restricciones sobre sus divulgaciones.
- Puede inspeccionar y recibir copias de sus registros dentro de los 30 días con una solicitud.
- Puede solicitar ver cambios en sus registros.
- En el futuro es posible que nos comuniquemos con usted para recordatorios de citas, anuncios y para informarle sobre nuestra práctica y su personal

*Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud 1996(HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:*

- *Llevar a cabo, plantificar y dirigir mi tratamiento y realizar un seguimiento con varios proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en este tratamiento directa o indirectamente.*
- *Obtener pago de terceros.*
- *Realizar operaciones normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos.*

*He leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad. Se puede solicitar una descripción más completa. También entiendo que puedo solicitar, por escrito, que restrinja cómo se usa o divulga mi información personal.*

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