

## INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer (encierre uno).

Estado civil: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Nombre del guardián/cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si tiene seguro, ¿quién es el titular de la póliza? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección del titular si es diferente: \_\_\_\_\_

¿Quién podemos agradecer por haberlo referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Prefiere la comunicación de la oficina por: (recordatorio de citas por texto).

Teléfono celular  Teléfono de casa  Teléfono de trabajo  Correo electrónico

Su visita de hoy está relacionada con una lesión resultado de:

Lesión en el trabajo  Accidente automovilístico  Otra lesión

## SU PERFIL DE SALUD

**LOS PRIMEROS AÑOS** – La investigación muestra que muchos de los desafíos de salud que ocurren más tarde en la vida tienen sus orígenes durante los años de desarrollo, algunos incluso comenzando al nacer. Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

**HISTORIAL DE NACIMIENTO** – Por favor, marque todas las que apliquen.

Posición de nalgas  Uso de extractor de vacío  Parto con fórceps  Complicaciones

Otro \_\_\_\_\_

**INFANCIA (0-17 años)** – Por favor, marque todas las que apliquen.

Enfermedades infantiles frecuentes  Caídas serias  Activo en deportes  Muy inactivo

Accidentes automovilísticos  Fumador  Huesos rotos  Antibióticos frecuentes

Traumas emocionales graves  Otro \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD

Describa cualquier operación que haya tenido y las fechas: \_\_\_\_\_

Lesiones importantes que no haya mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma algún medicamento?  No  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

¿Fuma cigarrillos?  No  Sí Si aplica, ¿Está embarazada?  No  Sí

¿Cuánto ejercicio hace por semana? \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su nivel de estrés general?  Bajo  Medio  Alto

¿Cuál es su consumo de cafeína, si es que consume? \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría sus hábitos alimenticios?  Pobre  Regular  Excelente

¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos en casa? ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Qué edades tienen? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, artritis reumatoide o trastornos neurológicos? \_\_\_\_\_

¿Ha estado bajo cuidado quiropráctico anteriormente?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿hace cuánto fue su último ajuste? \_\_\_\_\_

**MARQUE TODOS LOS SÍNTOMAS QUE HA EXPERIMENTADO, INCLUSO SI PARECEN NO RELACIONADOS CON SU PROBLEMA ACTUAL. USE "C" PARA ACTUAL, "P" PARA PASADO**

Dolores de cabeza/migrañas  Zumbido en oídos  Dolor/adormecimiento en dedos, manos o brazos

Mareos/vértigo  Problemas de senos paranasales  Hormigueo en los brazos

Problemas de mandíbula/TMJ  Pérdida del gusto  Pérdida del olfato

Infertilidad/Impotencia/Aborto espontáneo  Malestar estomacal  Diarrea/Estreñimiento/Gases

Problemas al orinar  Incontinencia  Otros problemas intestinales

Acidez/Reflujo ácido  Problemas de vejiga  Síndrome premenstrual

Hormigueo en piernas/pies  Pérdida de equilibrio  Adormecimiento en los dedos de los pies

Trastornos de visión  Presión arterial alta  Depresión

Infección recurrente  Ansiedad  Fatiga

Problemas para dormir  Dificultad para respirar  Otro: \_\_\_\_\_

Problemas de piel  Aumento/disminución inexplicable de peso

**PROBLEMAS QUE LO TRAJERON A NUESTRA OFICINA –**

Si no tiene síntomas ni quejas y está aquí por cuidado de estilo de vida para optimizar su salud y rendimiento máximo, y no tiene ninguna queja, por favor marque la casilla a continuación. \*

\*  **DESEO RECIBIR CUIDADO DE ESTILO DE VIDA** Salte a la sección de firma en la parte inferior de este formulario.

**TENGO UNA(S) QUEJA(S) PRINCIPAL(ES) POR LAS QUE ESTOY BUSCANDO ATENCIÓN**

Por favor, complete el siguiente cuestionario de “Áreas de preocupación” respecto a sus quejas principales. Después de haber experimentado alivio y estabilidad a través del cuidado de crisis, todos los pacientes tienen la opción de recibir cuidado de estilo de vida para optimizar su salud y rendimiento máximo.

*Por la presente certifico que las declaraciones y respuestas proporcionadas en este formulario son exactas según mi leal saber y entender. Acepto el permitir que esta oficina me examine para una evaluación más exhaustiva.*

\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o del padre o tutor si el paciente es menor de edad)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha

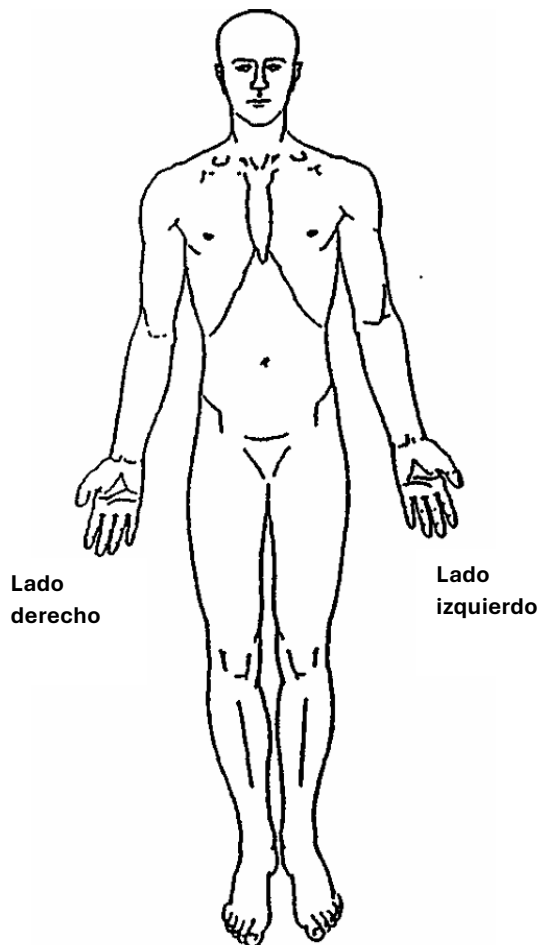
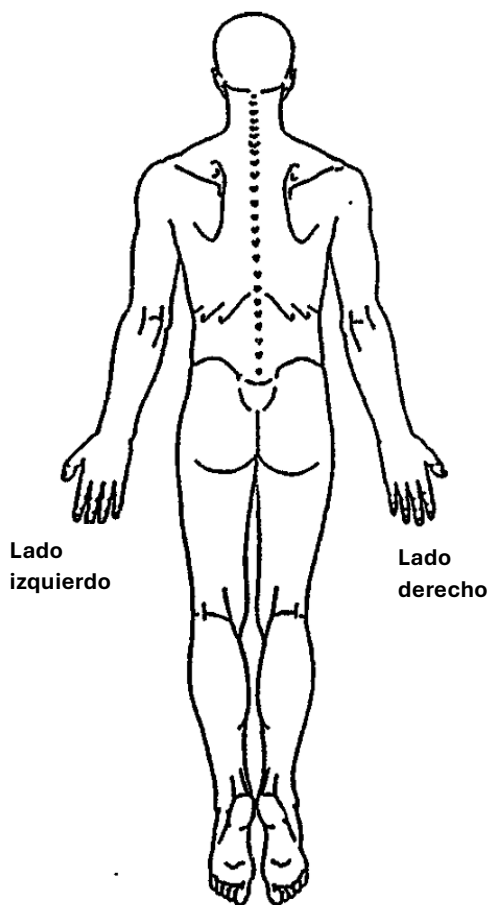
Por favor, enumere sus quejas desde la más severa (1) hasta la menos severa (3). Use un formulario adicional si es necesario.

|  | 1   | 2   | 3   | <i>Por favor no escriba en este espacio:</i> |
|--|---|---|---|--|
| Tiene las siguientes molestias físicas:  |   |   |   |  |
| ¿Cuándo comenzó?   |   |   |   |  |
| ¿Qué lo mejora?  |   |   |   |  |
| ¿Qué lo empeora?   |   |   |   |  |
| ¿Es esta queja: aguda, sorda, punzante, palpitante, adormecida, disparada o algo más?      |   |   |   |  |
| ¿El dolor se irradia (por ejemplo: hacia los brazos o las piernas)? Si es así, descríbalo. |   |   |   |  |
| En una escala del 1 al 10, califique su nivel de dolor: (circule uno)                      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>0 = sin molestias<br>10 = dolor insoportable  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>0 = sin molestias<br>10 = dolor insoportable  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>0 = sin molestias<br>10 = dolor insoportable  |  |
| ¿Con qué frecuencia siente esta molestia?  | <input type="checkbox"/> Constante<br><input type="checkbox"/> Diaria<br><input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Constante<br><input type="checkbox"/> Diaria<br><input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Constante<br><input type="checkbox"/> Diaria<br><input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ |  |
| ¿Está mejorando, empeorando o permaneciendo igual?   | <input type="checkbox"/> Mejorando<br><input type="checkbox"/> Empeorando<br><input type="checkbox"/> Igual   | <input type="checkbox"/> Mejorando<br><input type="checkbox"/> Empeorando<br><input type="checkbox"/> Igual   | <input type="checkbox"/> Mejorando<br><input type="checkbox"/> Empeorando<br><input type="checkbox"/> Igual   |  |
| ¿Cómo ha manejado esto en el pasado?   |   |   |   |  |
| El problema afecta mi capacidad de hacer lo siguiente:                                     |   |   |   |  |
| Ayudar con este problema aumentaría la calidad de mi vida en:                              | <input type="checkbox"/> 0-25%<br><input type="checkbox"/> 25-50%<br><input type="checkbox"/> 50-75%<br><input type="checkbox"/> 75-100%  | <input type="checkbox"/> 0-25%<br><input type="checkbox"/> 25-50%<br><input type="checkbox"/> 50-75%<br><input type="checkbox"/> 75-100%  | <input type="checkbox"/> 0-25%<br><input type="checkbox"/> 25-50%<br><input type="checkbox"/> 50-75%<br><input type="checkbox"/> 75-100%  |  |

**DIAGRAMA CORPORAL-**

Por favor, use el siguiente diagrama para marcar las áreas de quejas o preocupaciones. Si no tiene áreas problemáticas, por favor deje en blanco, firme y feche a continuación. Use estos símbolos si es necesario:

XXX Dolor agudo 000 Dolor sordo /// Dolor ardiente ^^ Entumecimiento \*\*\* Hormigueo o pinchazos



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre o tutor si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del doctor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**ÍNDICE DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (FRI) – Solo para uso de problemas de CUELLO Y/O ESPALDA**



**9. Caminar**

|                                 |                                      |  |   |                                     |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 0                               | 1                                    | 2                                      | 3   | 4                                   |
| Sin dolor a cualquier distancia | Aumento del dolor después de 1 milla | Aumento del dolor después de 1/2 milla | Aumento del dolor después de 1/4 de milla | Aumento del dolor con toda caminata |

**10. Estar de pie**

|                                   |   |                                     |                                       |  |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 0                                 | 1   | 2                                   | 3                                     | 4  |
| Sin dolor después de varias horas | Aumento del dolor después de varias horas | Aumento del dolor después de 1 hora | Aumento del dolor después de 1/2 hora | Aumento del dolor con cualquier caminata |

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o persona autorizada: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## **ESCALA VISUAL ANALÓGICA CUÁDRUPLE**

Por favor, lea detenidamente:

Instrucciones: Circule el número que mejor describa la pregunta que se le está haciendo.

Nota: Si tiene más de una queja, por favor responda cada pregunta para cada queja individual e indique la puntuación para cada queja. Indique su nivel de dolor en este momento, el dolor promedio y el dolor en su mejor y peor momento.

Ejemplo:                    Dolor de cabeza                    Cuello                    Espalda baja

Sin dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Peor dolor

1. ¿Cuál es su dolor AHORA?

Sin dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor \_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2. ¿Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO?

Sin dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor \_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3. ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MEJOR MOMENTO (Qué tan cerca de "0" llega su dolor en su mejor momento)?

Sin dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor \_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4. ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU PEOR MOMENTO (Qué tan cerca de "10" llega su dolor en su peor momento)?

Sin dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor \_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

OTROS COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Nombre del paciente \_\_\_\_\_





**Cummins Chiropractic and Wellness**

**Políticas del Paciente**

**Para ayudarle a recibir lo mejor de nosotros, todos los pacientes son aceptados bajo las siguientes políticas. Por favor, coloque sus iniciales.**

**Programación de citas / Citas perdidas:**

Si comienza el tratamiento, y para esperar los resultados que desea, es crucial que siga el plan de tratamiento acordado y descrito por el Dr. Cummins. El trabajo en su columna vertebral para su salud es acumulativo. Por lo tanto, cuando se pierden citas, puede perder terreno en su progreso. Reprogramar es fácil. Ayúdenos a brindarle la mejor atención posible. Si necesita perder una cita, por favor llame a la oficina y re programe su cita perdida dentro de la siguiente semana.

Si necesita perder una cita, avísenos por teléfono. Este procedimiento nos permite servir a nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas sin notificación están sujetas a un cargo de \$60.00.

**Iniciales \_\_\_\_\_**

**Acuerdos financieros:** Es su pago el que nos permite proporcionar altos niveles de atención profesional, mantener nuestras instalaciones y pagar al personal. Si por alguna razón no puede cumplir con su acuerdo financiero, infórmenos de inmediato para evitar malentendidos. Si tiene el deseo y el compromiso de recibir atención en nuestra oficina, haremos todo lo posible para hacer arreglos asequibles.

**Tarifas de la oficina**

| <b><u>Servicio</u></b>  | <b><u>Tarifa</u></b> |
|---|----------------------|
| Consulta<br>(Discuta las inquietudes que lo traen a la oficina) | Complementaria       |
| Examen inicial  | \$20 - \$140         |
| Rayos X (por vista)   | \$50 (Por vista)     |
| Ajuste espinal  | \$65                 |
| Ajuste espinal para Medicare                                    | \$60                 |
| Ejercicios terapéuticos   | \$60                 |
| Examen dinámico periódico / Reevaluación                        | \$60                 |
| Terapia con láser   | \$15-60              |

**Iniciales \_\_\_\_\_**

**Beneficios del seguro:** Aunque Cummins Chiropractic & Wellness verificará con gusto los beneficios para todos los pacientes con seguro de salud, esto es una cortesía y nuestra verificación de beneficios no es una garantía de pago. Su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y la compañía de seguros que ha elegido. Cummins Chiropractic & Wellness no es responsable en caso de que su seguro

no cubra algo que originalmente indicaba que cubriría, independientemente de los beneficios establecidos. Usted es, en última instancia, responsable del pago de los servicios prestados.

**Iniciales** \_\_\_\_\_

**Recuerde**

La corrección espinal lleva tiempo. Si no se siente satisfecho con las respuestas de su cuerpo, por favor programe una cita para discutirlo con el médico. Estamos aquí para ayudar y escuchar.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en seguir estas políticas.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha

## Cummins Chiropractic and Wellness

### Políticas Financieras

**Para ayudarle a recibir lo mejor de nosotros, todos los pacientes son aceptados bajo las siguientes políticas. Por favor, firme.**

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información de seguro actual a Cummins Chiropractic en el momento del servicio. Entiendo que, si proporciono información de facturación de seguro, soy responsable de todos los cargos, ya sean cubiertos por mi seguro o no. Además, entiendo que las cuentas excesivamente vencidas se enviarán a una agencia de cobranza externa, y seré responsable de cualquier cargo generado como resultado de los esfuerzos de cobro.

#### **Política de tarjeta en archivo:**

Cummins Chiropractic requiere una tarjeta de crédito o débito que se mantenga archivada como un método conveniente de pago para la porción de servicios que su seguro no cubre, pero por la que usted es responsable. Puede contactar nuestra oficina para actualizar la tarjeta archivada.

Cummins Chiropractic cobrará la tarjeta archivada por lo siguiente:

1. Cualquier saldo pendiente después de 60 días
2. Tarifas por cancelaciones tardías/citas perdidas ese día
3. Tarifas por cualquier procedimiento no cubierto por el seguro en el momento del servicio
4. Si hay un problema con su factura, por favor preséntelo dentro de dos semanas. Sin embargo, se otorgarán reembolsos cuando sea apropiado.

Su información de tarjeta de crédito se mantiene en un sistema compatible con PCI. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial en un portal basado en la nube y asegurado por FortisPay. No tenemos acceso a su número de tarjeta de crédito, solo a una autorización de pago. Los cargos a su tarjeta solo se procesarán después de que la reclamación haya sido presentada y procesada por su compañía de seguros, y la parte del seguro haya sido registrada en su cuenta. \*

Si no puede o no desea mantener una tarjeta de crédito archivada y actualizarla según sea necesario, se le pedirá que pague cualquier saldo de responsabilidad del paciente antes de su próxima visita o que haga arreglos especiales con la oficina.

*¿Y si prefiero ver la factura primero y luego decidir si debo pagar? ¿Y si usted o mi compañía de seguros cometen un error?* Recuerde que ya ha recibido el servicio y ha firmado nuestra Política Financiera. Si hubo un error, con gusto le reembolsaremos el dinero tan pronto como resuelva el problema con su compañía de seguros, y nuestro equipo de facturación también estará encantado de ayudar. Recuerde que aceptamos el seguro como una cortesía; solo le facturamos lo que nos indican.

*¿Y si solo estoy aquí para recibir tratamiento por un accidente de automóvil del cual alguien más es responsable?* Usted sigue siendo, en última instancia, responsable de pagar los servicios que reciba

aquí. Sin embargo, no se le harán cargos hasta 90 días después de que su tratamiento haya terminado, para darle tiempo de resolver su caso.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en seguir estas políticas.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fecha

**Acuse de recibo de la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Por la presente, reconozco que he tenido la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Cummins Chiropractic and Wellness. Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este acuse de recibo si así lo elijo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del representante del paciente (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si aplica)

Padre o tutor de menor emancipado

Tutor designado por el tribunal

Ejecutor o administrador del patrimonio del difunto

Poder legal

-----  
**PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en la siguiente fecha, \_\_\_\_\_ pero no pudimos obtenerlo porque:

El paciente o representante se negó a firmar

Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo en este momento

(intentamos nuevamente en una fecha posterior)

Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo (Explique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro (Especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_