

DYNAMICS CHIROPRACTIC CENTER

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de paciente: _____

Sexo: Femenino Masculino

Nombre de mamá: _____

Soltera Casada Divorciada Viuda

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____, PR Código postal: _____

Email: _____

Teléfono: _____

Ocupación: _____

Fecha Nacimiento: ___/___/___

Edad: _____

Peso: _____ lbs

Nombre de papá: _____

Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____, PR Código postal: _____

Email: _____

Teléfono: _____

Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? Sí No

Nombre del Asegurado Principal: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Historial

Queja Principal

¿Cuál es la razón de su visita hoy? Por Favor, escriba todos sus problemas de salud empezando con el más importante

Historial de Enfermedades: _____

Efectos de la(s) enfermedades en el comportamiento del niño(a): _____

Cuidado Prenatal (Embarazo)

Enfermedades y/o Complicaciones: _____

Nutrición de la madre: _____

Estado emocional: _____

Embarazo: Planeado No Planeado

Circunstancias en las que vivía: _____

Tipo de parto: Natural Cesaria Explique: _____

Complicaciones, medicamentos, Estado emocional después del parto: _____

Nombre de encargado: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Neonatal

Puntuación de Apgar: _____

Grado de actividad o alerta: _____

Problemas de Salud al nacer: _____

Dificultad: Respirar Ictericia Anomalías Tragar Infecciones Otros: _____

Nutrición

Leche: Materna Fórmula

Lactado por: _____ ¿Cómo respondió al destetarlo? _____

Edad de Introducción de comida sólida: _____

Alergico a: _____

Problemas con la alimentación: Cólicos Gas Reflujo Otros: _____

Uso de suplementos: Vitaminas Otros: _____

Apetito y Actitud: _____

Crecimiento y Desarrollo

Peso y Medida al nacer: _____ lbs _____ oz _____ pulgadas _____ centímetros

Patrones de sueño: Duerme toda la noche Tiene Pesadillas Camina dormido Habla Dormido
 No descansa bien Otros: _____

Comenzo a ir al baño: _____ Edad Dificultades: _____

Hábitos: Chupa el dedo Chupa bobo Muerde las uñas Golpea la cabeza contra algo
 Otros: _____

Desarrollo Escolar (pre-escolar, socialización, aprendizaje): _____

Desarrollo Social: Ansiedad de separación Desarrollo de independencia Timidez Amigos Pasatiempos
 Deportes Otros: _____

Historial Médico:

Vacunas (Reacciones y enfermedades): _____

Enfermedades pasadas: Infección de oídos Tos Congestión Convulsiones Ataques Epilépticos
 Irregulares al evacuar Otros: _____

Alergias: _____

Hospitalización, cirugías: _____
¿Cuándo? _____ ¿Razón? _____

Lesiones pasadas: Fracturas Dislocaciones Desgarres Otros: _____

Historial Familiar

Edad de los padres y estado de salud: _____

Estado de salud de hermanos: _____

Historial de salud de familiares más cercanos: _____

Espacio Adicional (Alguna información que desee compartir)

PÓLIZA DE LA OFICINA

Es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado de salud, el seguro o mi información del contacto.

PLAN #1 - SEGURO: Entiendo y convengo que las pólizas de seguro de la salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y yo mismo. Todos los servicios profesionales rendidos se cargan directamente al paciente (yo) y son mi responsabilidad. Requerimos que los cargos por examinación y ajuste estén pagados por completo cuando se rinden los servicios y hasta que se haya verificado la cobertura del seguro. Si algunos servicios son negados o no cubiertos, si su cobertura resulta inactiva o hubiere alguna diferencia en los deducibles de su seguro será su responsabilidad. En caso que su cheque del seguro se envíe a usted esperamos que usted lo presente a esta oficina si hay cargos pendientes.

PLAN #2 - EFECTIVO: Los honorarios son pagados a la hora del servicio, a menos que las medidas especiales se hayan tomado por adelantado. Si las medidas especiales son tomadas y usted decide discontinuar su cuidado, su balance pendiente debe ser pagado inmediatamente. Esto se aplica a todos los tipos del plan.

CALIFICO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DEL PLAN # _____.

Yo puedo solicitar una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad del Quiropráctico y comprendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar éste documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y diseminaciones de mi información protegida de salud que ocurra en mi cuidado, pago de mis facturas o en el desempeño de cuidado de salud de mi Quiropráctico. Este aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y responsabilidades del Quiropráctico con respecto a mi información protegida de salud.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGAR LA INFORMACIÓN

Le autorizo a divulgar cualquier información juzgada apropiada a cualquier compañía, abogado o ajustador de seguros para procesar mis demandas para el reembolso, y le lanzo de cualquier consecuencia de eso. Si lo determinamos necesario podemos divulgar su información personal de salud (PHI) a los miembros de la familia o a los amigos cercanos que le acompañan para proveerle a usted el mejor cuidado posible. Podemos también divulgar su PHI a un miembro de la familia u otro que ayuden a pagar su cuidado. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en cómo utilizamos o divulgamos su PHI.

AMBIENTE ABIERTO

Mantenemos un ambiente abierto en la oficina para crear un sentido de calor de familiar, curativo, y de la educación. Durante ajustes, no pasamos la información privada; sin embargo, usted estará en un área abierta donde otros pueden verle y/o oír por casualidad la conversación. Si hay necesidad de discutir algo de naturaleza personal o privada, usted debe solicitar una cita especial en uno de nuestros cuartos privados. Un doctor o un miembro entrenado del personal hablarán con usted sobre su condición, la preocupación u otras materias.

TERMINOS DE ACEPTACIÓN

No diagnosticamos condiciones o enfermedades, con excepción de subluxaciones vertebrales. No ofrecemos NINGÚN tratamiento de condiciones o de la enfermedad, con excepción de subluxaciones vertebrales. No prometemos NINGUNA curación de ninguna condición o enfermedad.

Consentimiento para el cuidado de un hijo menor de edad: Yo, _____ siendo el padre o guardian legal de mi hijo menor de edad, _____, doy mi permiso para la evaluación, rayos x y cuidado Quiropráctico.

NUESTRA META

NUESTRA META es localizar, analizar y corregir interferencia en el sistema nervioso. El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función corporal.

Yo, _____ he leído la declaración ante dicha y la entiendo totalmente. Comienzo mi cuidado quiropráctico sobre esta base.

FIRMA _____ **FECHA** _____

-

-

-

-

