

# DYNAMICS CHIROPRACTIC CENTER

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Femenino  Masculino Peso: \_\_\_\_\_ lbs  
Nombre de mamá: \_\_\_\_\_ Nombre de papá: \_\_\_\_\_  
 Soltera  Casada  Divorciada  Viuda  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
Direccion Postal: \_\_\_\_\_ Direccion Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_, PR Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_, PR Código postal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ 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** \_\_\_\_\_



-

-

-

-



