



## Bienvenido(a)!

Por favor, llene este formulario de salud lo más específico y completo posible. Si tiene alguna pregunta, por favor, no dude en comunicarse con uno de nuestros asociados

813-983-7921

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Dirección(calle)** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado/Provincia** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Nº. De Teléfono** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_ **¿Cómo supo de nosotros?** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Género**  Hombre  Mujer  Otro **Tipo de Empleo** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia – Nombre** \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia - Apellido** \_\_\_\_\_

**Parentesco** \_\_\_\_\_ **Nº. De Teléfono** \_\_\_\_\_

### Mi Póliza de Seguro

Entiendo y acepto que las pólizas de salud y accidentes son un acuerdo entre las compañías de seguros y yo.

**Compañía de Seguro** \_\_\_\_\_ **Nº. De Póliza** \_\_\_\_\_ **Nº. De Grupo** \_\_\_\_\_

**¿Se have visto alguna vez con un quiropráctico?**  Sí  No **Nombre del quiropráctico** \_\_\_\_\_ **¿Última visita con ellos?(aprox)** \_\_\_\_\_

**¿Qué tratamientos ha usado para esta condición?** \_\_\_\_\_ **¿Qué resultado ha tenido con los tratamientos?** \_\_\_\_\_

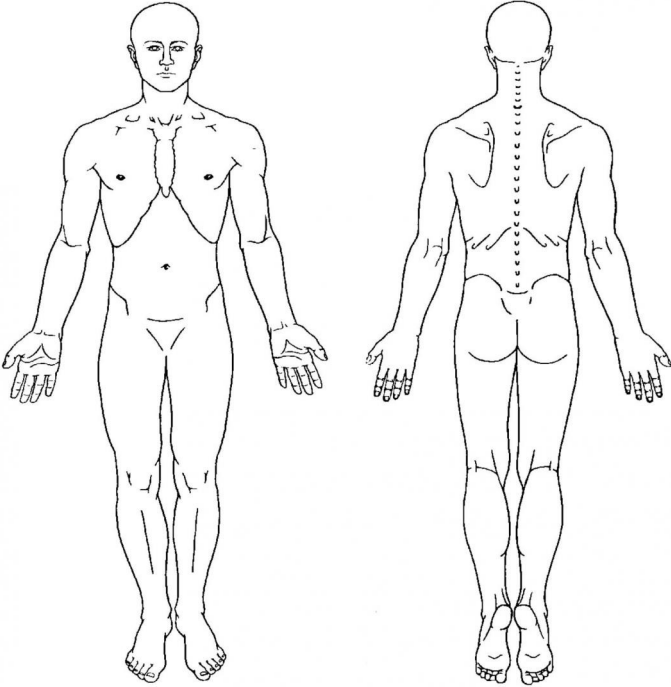
**Liste todas las radiografías o exámenes que se ha hecho pertinentes al problema por el que viene hoy.**

# Formulario de Consulta Inicial

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Marque los puntos donde le duele

Liste su(s) queja(s) principal(es) en el espacio abajo:



¿Cuándo comenzó esta condición? Esta condición ha...

Sí

No

Empeorado

Mejorado

Es constante

¿Ha tenido esta condición antes?

El propósito de esta cita esta relacionado con:

Trabajo  
 Una caída

Lesiones Deportivas  
 Malestar crónico

Accidente de auto  
 Desconocido

Frecuencia general de esta(s) queja(s) (Por favor, marque solo uno)

Constante - 100% del tiempo

Intermitente - 50%

Frecuente - 75%

Ocasionalmente- 25%

¿Qué le da alivio al problema?

¿Qué empeora el problema?

Firma del paciente (firma electrónica)

Fecha

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

¿Esta condición interfiere con sus actividades diarias (quehaceres del hogar, recreación, deportes)? Por favor, liste:

---

En caso afirmativo, seleccione por favor, que tanto aumentan sus síntomas con las Actividades de su vida diaria:

- |                              |                              |                               |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0%  | <input type="checkbox"/> 20% | <input type="checkbox"/> 40%  |
| <input type="checkbox"/> 60% | <input type="checkbox"/> 80% | <input type="checkbox"/> 100% |

¿Hace ejercicios regularmente?

- 0-1x /sem  2-4x /sem  5+x /  
sem

¿Ud. fuma?

- Sí  
 No

¿Ud. bebe alcohol?

- Sí  No

¿Ud. toma medicina para adelgazar la sangre ?

- Sí  No

¿Ud. esta embarazada?

- Sí  No

Ud. tiene implantes de senos?

- Sí  No

Condiciones de salud:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                 | <input type="checkbox"/> Oídos, ojos, nariz, boca | <input type="checkbox"/> Pulmones           |
| <input type="checkbox"/> Digestivos              | <input type="checkbox"/> Urinario                 | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular |
| <input type="checkbox"/> Órganos Internos        | <input type="checkbox"/> Vascular                 | <input type="checkbox"/> Alergias           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas | <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Cancer             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                |   |   |

Medicamentos que toma actualmente:

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamento para los nervios      | <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> Relajante Muscular |
| <input type="checkbox"/> Medicamento para presión arterial | <input type="checkbox"/> Insulina    | <input type="checkbox"/> Estimulantes       |
| <input type="checkbox"/> Adelgazantes para la sangre       | <input type="checkbox"/> Ninguno     | <input type="checkbox"/> Vitaminas          |

Lista de Cirugías/ Lesiones pertinentes (fecha, tratamiento, resultados)

---

Firma del paciente (firma electrónica)

Fecha

NO LLENE ESTA PARTE - Sólo para uso de la oficina -

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ht _____ | <input type="checkbox"/> Wt _____    |
| <input type="checkbox"/> BP _____ | <input type="checkbox"/> Pulse _____ |

# Asignación/Pólizas de oficina/ Consentimiento Informado/ Aviso de Política de Privacidad

-Por la presente autorizo al médico a trabajar con mi condición mediante el uso de ajustes en mi columna vertebral y tratamientos de tejidos blandos según lo considere apropiado. Entiendo que pueden aparecer dolores y hematomas después de los tratamientos. Como paciente, comprendo que el médico no es responsable de ninguna información retenida durante la visita inicial y comprendo que verbalizaré cualquier inquietud antes del comienzo de los tratamientos.

-Comprendo y acepto claramente que todos los servicios que se me brindan se me facturan directamente y que soy personalmente responsable de todos los pagos. Acepto que soy responsable de todas las facturas incurridas en este consultorio.

-El médico no será responsable de ninguna condición médica preexistente diagnosticada ni de ningún diagnóstico médico. También comprendo que si suspendo o finalizo mi atención, todos los honorarios por los servicios profesionales que se me hayan brindado vencerán y deberán pagarse de inmediato. Por la presente autorizo la cesión de mis derechos y beneficios de seguro (si corresponde) directamente al proveedor de los servicios prestados. **(Los formularios laminados detallados de las Políticas de la oficina, la Asignación de beneficios, el Consentimiento informado y el Aviso de prácticas de privacidad están disponibles en la recepción antes de su tratamiento para su revisión)**

Firma del paciente (firma electrónica)

Fecha

---

---

Firma del Guardián o Pareja (e-signature)

Fecha

---

---

## Citas Perdidas

Nos esforzamos por brindarle el máximo profesionalismo y la excelencia en el servicio. Nuestro compromiso con su bienestar y salud es algo que tomamos muy en serio. Nos preocupamos por usted y sabemos que sería dañino para usted si no enfatizáramos la importancia de su propio compromiso con la atención que necesita y con las acciones que le recomendamos. Con excepción de las emergencias, es vital que cumpla con sus citas. Se proporcionan mensajes de texto recordatorios para ayudarlo. Si necesita reprogramar una cita, llame a nuestra oficina y programe una cita de recuperación con nuestros asistentes. Para reservar un masaje, **DEBE** mantener una tarjeta de crédito registrada. Cualquier cancelación de MASAJE con menos de 24 horas de anticipación se cobrará un cargo de \$ 30.00 por no presentarse o cancelación tardía. **No se darán excepciones.** Las visitas al quiropráctico están excluidas.

**Gracias por su comprensión. Lo apreciamos mucho como nuestro paciente y deseamos que obtenga excelentes resultados y éxito.**

Entiendo y acepto toda la información escrita anteriormente.

Firma del Paciente (Firma electrónica)

Fecha

---

---