

# QUIROPRACTICA DEL ENCANTO, C.S.P.

## REGISTRO E HISTORIAL

### 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero  Menor

Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años

Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

### 2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Si  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

**CESIÓN Y DIVULGACIÓN**  
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al \_\_\_\_\_  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el paciente

### 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_

Tipo de accidente  Auto  Trabajo  Hogar  Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?  
 Seguro de automóvil  Empleador  Compañía de seguro laboral  Otro

Nombre del abogado (si corresponde) \_\_\_\_\_

### 5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva?  Si  No  No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) \_\_\_\_\_

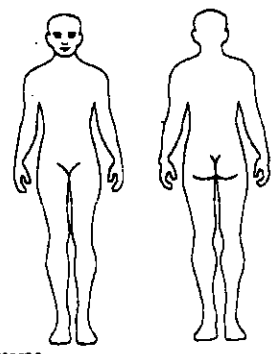
Tipo de dolor:  Agudo  Leve  Pulsante  Entumecimiento  Angustiante  Punzante  
 Ardor  Comezón  Calambres  Rigidez  Hinchazón  Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? \_\_\_\_\_

¿Es constante o viene y se va? \_\_\_\_\_

¿Interfiere con su  trabajo  sueño  rutina diaria  recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar  Sentarse  Pararse  Caminar  Inclinars  Acostarse



# QUIROPRACTICA DEL ENCANTO, C.S.P.

## 6

### HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud?  Medicamentos  Cirugía  Fisioterapia

Servicios quiroprácticos  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud \_\_\_\_\_

Fecha del último: Examen físico \_\_\_\_\_ Rayos X de columna vertebral \_\_\_\_\_ Análisis de sangre \_\_\_\_\_  
 Examen de columna \_\_\_\_\_ Radiografía de tórax \_\_\_\_\_ Análisis de orina \_\_\_\_\_  
 Radiografía odontológica \_\_\_\_\_ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría \_\_\_\_\_

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Papeas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Variceles	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<b>EJERCICIO</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intenso	<b>ACTIVIDAD LABORAL</b> <input type="checkbox"/> Permanecer sentado <input type="checkbox"/> Permanecer parado <input type="checkbox"/> Trabajo liviano <input type="checkbox"/> Trabajo intenso	<b>HÁBITOS</b> <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Café/bebidas con cafeína <input type="checkbox"/> Alto nivel de estrés	Paquetes por día _____ Tragos por semana _____ Tazas por día _____ Motivo _____
---	---	--	--

¿Está usted embarazada?  Sí  No Fecha de parto \_\_\_\_\_

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

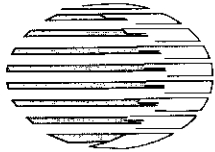
## 7

### MEDICAMENTOS

### ALERGIAS

### VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____ Teléfono de la farmacia (_____) _____		
--	--	--



## QUIROPRÁCTICA DEL ENCANTO

### Notificación de Política de Privacidad

**Esta notificación describe como su información de salud puede ser usada y compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. La privacidad de su información es importante para nosotros.**

En nuestra oficina quiropráctica nos comprometemos a proteger su privacidad y confidencialidad. Mediante la ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), de ahora en adelante ley HIPAA, se nos impide divulgar información acerca de usted, su salud, plan de tratamiento, cuenta, etc..., a ninguna persona sin su autorización. Utilizamos esta información solamente con el propósito de proveerle el tratamiento quiropráctico que usted requiera.

Su información podrá ser divulgada en casos particulares en que los exija la ley; esto incluye para propósitos de pago, tratamiento y operaciones de salud. No se requiere autorización del paciente para divulgar información a agencias de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, órdenes del tribunal, sospecha de abuso, negligencia o algún otro crimen, identificación de cadáveres, desastres, fugitivos y otras situaciones en la que la ley lo exija. Podemos usar y divulgar su información para recordatorios de tratamiento como cartas, mensajes en grabadoras o tarjetas.

#### **Sus Derechos:**

Usted tiene derecho a obtener una copia de su archivo médico o electrónico, corregir o enmendar su archivo médico impreso o electrónico, requerir que sus comunicaciones sean confidenciales, pedirnos que limitemos la información que compartimos. Obtener una copia de aquéllos con quien hemos compartido su información, obtener una copia de esta nota de privacidad. Usted tiene derecho a someter una querrela si piensa que sus derechos han sido violados.

*Cuando se trata de su información médica usted posee ciertos derechos:*

Usted puede solicitar ver u obtener una copia en papel o electrónicamente de su archivo o cualquier información médica que tengamos sobre usted. Podemos proveerle una copia o resumen de su información médica, usualmente dentro de 30 días de su solicitud, por el cual podríamos cobrar un cargo razonable basado en nuestros costos. Usted puede solicitarnos que no utilicemos cierta información para su tratamiento, pago o para nuestras operaciones.

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

Si usted paga una consulta o procedimiento totalmente de su bolsillo puede solicitarnos el no compartir esta información con su seguro médico. Debemos estar de acuerdo a menos que haya una ley que no requiera compartir el tipo de información en cuestión; puede solicitar una lista de con quiénes o cuantas veces hemos compartido su información de salud por los últimos 6 años y el porqué. Debemos responder pero no tenemos que incluir las veces que lo compartimos para efectos de su tratamiento, pagos y operaciones de su plan de salud y algunos otros como en las ocasiones que usted haya solicitado que la comuniquemos. Usted puede escoger que otro individuo actúe por usted, si alguien es su guardián legal; si ha otorgado una carta poder por medio de un abogado, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones de salud por usted.

**Nuestros usos y divulgaciones:**

Podemos usar su información para los propósitos de los trabajos de práctica y para contactarle cuando fuera necesario. Podemos compartirla con otros profesionales que le estén tratando a usted, y la utilizamos para facturar por los servicios que le prestemos. Se nos permite compartir su información para tratarle medicamente, correr nuestra operación de proveedores de servicios de salud, facturar por servicios ofrecidos a usted, cooperar con asuntos de salud pública y situaciones de seguridad o peligro; hacer investigaciones o estudios, responder solicitudes de donación de órganos y tejidos, para colaborar con examinadores médicos o directores de funerarias; para responder a asuntos relacionados con compensación de empleo, con agencias del orden público y otras peticiones gubernamentales, para responder a demandas y/o acciones legales y cumplir con cualquier ley que nos lo requiera.

**Nuestras responsabilidades como compañía:**

Se nos requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud. Le comunicaremos con prontitud si ocurre una brecha de seguridad que comprometa la privacidad de su información. Tenemos que seguir los requisitos y práctica de seguridad indicadas en este aviso y ofrecerle una copia de ellas. No utilizaremos o compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita a menos que usted nos comunique lo contrario por escrito. Si nos permite lo anterior usted puede cambiar su decisión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si desea cambiar su decisión. Nuestros empleados reciben adiestramiento regularmente para manejo adecuado de la información. Nos mantenemos al día con los reglamentos y leyes federales y estatales para el mejor cumplimiento de las mismas. De hacer cambios significativos, esta modificación será enmendada y estará disponible al público. **Habrá un costo módico por copias o resumen.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO

- 1. PAGO:** Todo pago deberá efectuarse antes de tomar algún servicio. Pre-pagos deberán efectuarse al momento de la fecha de notificación de la cantidad adeudada. Se aceptan pagos en efectivo, giro, cheque, y ATH móvil para compra de productos. **NO HABRA DEVOLUCION DE DINERO** por servicios ya brindados y/o productos bien despachados. Usted es responsable si su plan médico no paga, por cualquier razón. Solo se facturará a su plan médico primario, no otros.
- 2. BENEFICIO DE CUIDADO QUIROPRÁCTICO:** En Quiropráctica del Encanto, C.S.P. los Doctores y Asistentes Quiroprácticos nos esforzamos en ofrecerle a nuestros pacientes la mejor calidad de servicios quiroprácticos, incluyendo pero no limitado a ajustes de la columna vertebral, re-evaluaciones y estudios especializados [termo gráfico, sEMG (examen de flujo sanguíneo y nervioso) y Rangos de movimientos dinámicos] pero es importante recordar que cada persona responde diferente al tratamiento Quiropráctico y las diferentes terapias físicas, por lo que el mismo no garantiza resultados.
- 3. NO CUBIERTO BAJO CUIDADO QUIROPRÁCTICO:** Este arreglo no incluye productos como lo son almohadas, soporte lumbar, suplementos u otros productos comprados a vendedores independientes. El pago de estos productos debe ser efectuado al momento de recibirlos, sin distinción de persona.
- 4. CAMBIO DE ESTATUS:** Me hago responsable de notificar a Quiropráctica del Encanto, C.S.P. en un periodo de diez (10) días si mis circunstancias han cambiado debido a:
  - Trauma ocasionado en el trabajo, lugar público, en mi hogar, o por un accidente de automóvil.
  - ACAA o Fondo del Seguro del Estado u otro.
  - Adquisición de un nuevo Plan Médico o cambio de cubierta de mi Plan Médico.
  - Decidí descontinuar el cuidado quiropráctico.
- 5. SI DECIDE TERMINAR EL ACUERDO FINANCIERO ANTES DEL TIEMPO ESTABLECIDO:** De haber un balance pendiente, éste deberá ser pagado en su totalidad en un término de quince (15) días y de igual manera se cobrará el servicio recibido a precio regular. Si el balance no es pagado en el período de quince (15) días el mismo será referido a nuestra oficina legal y su crédito será afectado. Esto aplica a pacientes sin plan médico que hayan solicitado un plan de cuidado. Todo plan de cuidado debe haberse pagado en su totalidad antes del mes que culmine.
- 6. INTERRUPCIÓN TEMPORERA DEL CUIDADO:** Esto podría suceder en caso de un accidente en el cual el tratamiento esté cubierto por alguna aseguradora (ej. ACAA o Fondo del Seguro del Estado u otro). De suceder esto, extenderemos este acuerdo financiero por la cantidad de tiempo que dure el tratamiento recomendado por otra aseguradora. Paciente que no venga a sus citas por un periodo de 3 meses, se le hará una reevaluación por un cargo de \$40 por estudios, y el deducible de evaluación por su plan médico, privado esta reevaluación tiene un costo de \$40.
- 7. SI FALTA A SUS CITAS:** Usted es responsable de reponer cualquier cita a la que haya faltado. Sin embargo, existe un periodo de cancelación de 24 horas, de lo contrario resultaría en una **penalidad de \$15.00** por cita no cancelada. Verifique siempre su agenda personal.

### ¿Por qué debería seguir viniendo si me siento bien?

Cuando usted siente síntomas, su cuerpo puede que haya estado funcionando mal desde muchos días, semanas o meses antes. Muchas personas esperan a tener dolores antes de consultar. Esa es una actitud peligrosa porque las subluxaciones vertebrales muchas veces transcurren "silenciosas" pero están interfiriendo con su estado de esa disfunción, y quizás sea tarde. Su cuerpo puede que haya estado luchando con ellas por mucho tiempo antes de ser descubiertas, y su cuerpo puede que ya se haya visto innecesariamente debilitado, desequilibrado, utilizado de forma desigual y desgastada sus articulaciones, músculos, ligamentos, tendones y discos. Chequearse la columna vertebral regularmente es la opción más inteligente para anticiparse a los problemas que puedan derivar de una subluxación vertebral.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**8. PRECIOS DE CONSULTA Y SERVICIOS:** *Sujeto a cambios por plan médico de cada individuo.*

Examinación inicial privada	\$75.00 (sin plan médico)
Thermography Scan, sEMG y Dynamic ROM	\$65.00 estudios visita inicial (no cubierto por plan)
Foot levelers, estudio de los pies *	\$30.00
Reevaluación privada	\$40.00 más estudios especializados \$40.00 (no cubierto por plan)
Orientación y/o hablar con el doctor en privado	\$25.00 por cada (15-30 minutos)
Medicina preventiva y manejo de riesgos	\$30.00 (no cubierto por el plan médico)
Ajuste quiropráctico espinal	\$60.00
Ajuste Extremidades	\$30.00
Terapia física (modalidad) privado	\$20.00
Terapia Extremidades	\$15.00
Laser Frio o US Dynatronic	\$35.00 (no cubierto por el plan médico)
Laser Erchonia Categoría II	\$65.00 (no cubierto por el plan médico)
Punta de Laser (hasta 5 puntos)	\$ 5.00 (no cubierto por el plan médico)
Tracción en maquina (Cervical "Cuello")	\$30.00 (no cubierto por el plan médico)
Tracción en maquina (Lumbar "espalda")	\$30.00 (no cubierto por el plan médico)
Descompresión de discos "COX por región"	\$45.00 (no cubierto por el plan médico)
Menores de 18 años	\$40.00
Certificado de asistencia Médica	\$ 5.00
Llenar Certificados de Empleo/Escuela, etc.	\$25.00 o más dependiendo de cada caso
Masaje de 15 minutos	\$30.00
Masaje de 30 minutos	\$50.00
Masaje de 1hrs	\$90.00
Cupping / ventosas (por área)	\$30.00 ventosas con cold laser \$45.00
Kinesio - Taping	\$10.00 (por pedazo 10 pulgads de tape)
Normatec Pulse 2.0 Body Recovery	\$25.00 (15min.) / \$30.00 (20min)
Copia de su expediente (5 días)	\$.75 x página - máximo \$25.00 x expediente completo
Gimnasio (\$25 fee de limpieza una vez anual)	\$40.00 por hora
Ejercicios de Estiramiento (personal con Dr.)	\$25.00 (10 a 20 min)

De forma individual usted será llevado a una de nuestras salas en donde se llevará a cabo su Visita inicial, incluyendo los estudios [termo gráfico, sEMG (examen de flujo sanguíneo y nervioso) y Rangos de movimientos dinámicos]. Luego, recibirá su primera corrección de la Columna vertebral o como llamamos normalmente su primer ajuste Quiropráctico, incluyendo los servicios de modalidad física, de ser necesarios y/o recomendados por el Doctor.

Usted recibirá su primer reporte Quiropráctico, en donde el Doctor dará mayores detalles sobre la importancia del cuidado de su Columna Vertebral y su Sistema Nervioso. Es imprescindible que usted asista a esta breve cita para asegurar así un buen entendimiento y la importancia del tratamiento que estará a punto de iniciar. En adición, el Dr. le explicará sus radiografías y le recomendará la frecuencia del tratamiento Quiropráctico que deberá seguir según la condición de su Columna Vertebral. Este espacio, correspondiente a quince (15) minutos o menos, es muy importante ya que usted en total privacidad con el Dr. podrá ver y confirmar el estado real de su Columna. Por ningún motivo el Dr. Quiropráctico comentará acerca de sus radiografías o tratamientos delante de ninguna otra persona que no sea autorizada por usted mismo. De usted necesitar tiempo adicional para discusión de tratamientos quiroprácticos, discusión de radiografías y/o consejos referentes a coordinación de cuidados, pasados los quince (15) minutos establecidos para revisión de radiografías y recomendaciones de tratamientos quiroprácticos, se le otorgará otra cita correspondiente a Medicina preventiva y manejo de riesgos. Su plan médico no cubre esta visita de Medicina preventiva y manejo de riesgos, cual tiene un costo de solo \$30.00; esta visita tendrá un tiempo aproximado de 30 minutos. Cargo adicional por + 30 min.

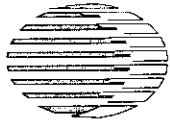
Yo, \_\_\_\_\_, he leído, autorizo, y me comprometo, y así lo expreso con mi firma, a pagar mi tratamiento según lo aquí estipulado y acordado con el Doctor.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

(Firma del Padre/Guardián requerida si el paciente es menor de 18 años)

1751 Ave. Francisco Paz Gránela, Urb. Santiago Iglesias, San Juan PR 00921-3630 Tel. (787)200-9144



## QUIROPRÁCTICA DEL ENCANTO

### Documento de consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he leído y entendido todos los documentos que se me han provisto para firmar en el día de hoy. Para aquellos documentos en los que he tenido duda se me ha brindado la ayuda necesaria para entenderlos a su perfección. Como parte del análisis, la evaluación y el tratamiento, usted está dando su consentimiento a recibir los siguiente

procedimientos: tratamiento quiropráctico, el cual puede consistir en: manipulaciones/ajustes en las articulaciones, utilizando las manos del doctor o un instrumento, esto puede ocasionar un "pop" o un "click", se le conoce como una cavitación. Otras terapias son: terapias de modalidades eléctricas, compresas de frio y/o calor, shockwave, ejercicios con estiramientos, laser frio, ultrasonido, ventosas, técnica de Graston (Movilización de tejidos blandos asistido por instrumentos), masaje de compresión dinámica, masajes manuales terapéuticos, kinesiotape (vendaje neuromuscular) y suplementación.

Entiendo que según la ciencia todas las modalidades utilizadas en los tratamientos quiroprácticos son las menos invasivas y más seguras para tratar y prevenir problemas musculo-esquelatales. Sin embargo, hay algunos riesgos asociados al tratamiento de manipulaciones quiroprácticas que pueden influir en inflamación y/o dolor en el área en que se ajustó la articulación, dolor de cabeza y/o migraña, desbalances, vértigos, fracturas, lastimaduras de discos y/o costillas, infarto, derrames, dislocaciones, quemaduras, moretones y esguinces o "sprains o strains". Yo no anticipo que el doctor tenga la oportunidad de explicar en la visita todos los riesgos y posibles complicaciones. Deseo confiar en el buen juicio del doctor durante el curso de los procedimientos / tratamientos en el cual el doctor entiende que son medicamento necesarios para el mejor bienestar del paciente. Entiendo que las cámaras de video están grabando y monitoreando la oficina, y son para mi propia protección y la del doctor. Entiendo que, al recibir tratamiento quiropráctico en persona, debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes, y los problemas de salud pública que hemos visto y la naturaleza del tratamiento quiropráctico, tengo un riesgo de contraer alguna bacteria o virus simplemente por estar en un consultorio quiropráctico. Entiendo que, si presento síntomas de estar enfermo, debo de quedarme en mi casa. Entiendo que, si estoy bajo alguna condición, en la que estoy tomando medicamento, siempre consultare con mi medico primario.

#### Favor de escribir en letra legible:

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_ Zip-code \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_ Zip-code \_\_\_\_\_

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

# QUIROPRÁCTICA EL ENCANTO, C.S.P.

## Diagrama de Dolor

### Lea cuidadosamente

Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Utilice los símbolos a continuación:

Dolor >>>>  
>>>>

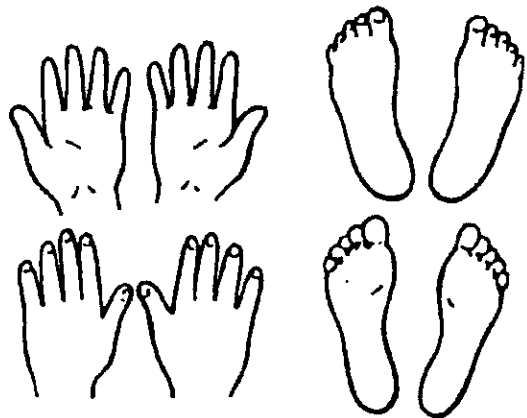
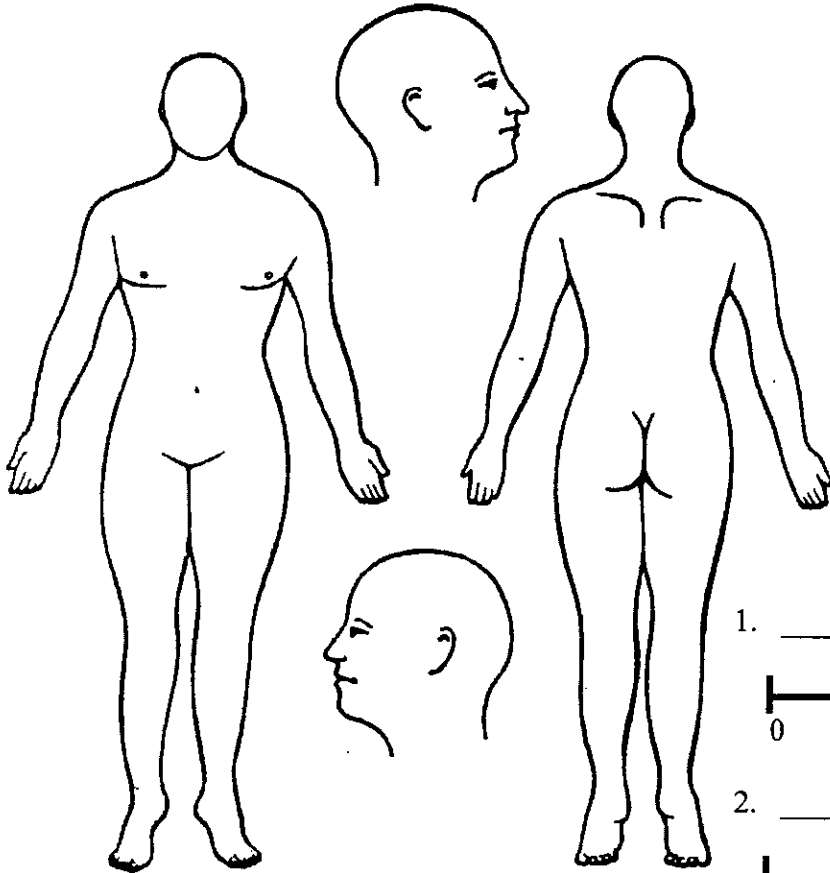
Adormecimiento =====  
=====

Alfilerazos 0 0 0 0  
0 0 0 0

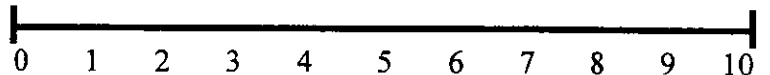
Ardor x x x x  
x x x x

Punzadas // // //  
// // //

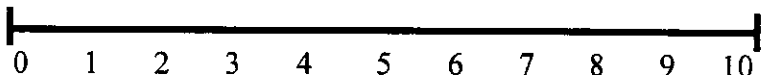
Latidos ~ ~ ~ ~  
~ ~ ~ ~



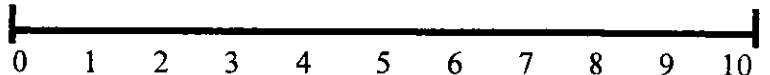
1. \_\_\_\_\_



2. \_\_\_\_\_



3. \_\_\_\_\_



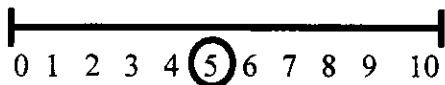
### INTENSIDAD DE DOLOR

Escriba el nombre de la parte del cuerpo que duele y marque el número correspondiente a la intensidad del dolor.

(0 = No Dolor, 1-3 = Dolor Leve, 4-6 = Dolor Moderado, 7-10 = Dolor Severo)

Ejemplo:

1. Cuello



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ File No: \_\_\_\_\_

1751 Ave. Francisco Paz Gránela, Urb. Santiago Iglesias, San Juan PR 00921-3630  
TEL: (787) 200-9144 \* FAX: (787) 200-9108 \* Email: quiroencantopr@hotmail.com





## Disabilidad del Cuello

QUIROPRÁCTICA DEL ENCANTO C.S.P.

**POR FAVOR, LEA:** cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de cómo su dolor de cuello ha afectado su habilidad para llevar a cabo sus actividades diarias. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor aplique. Sabemos que usted puede considerar que más de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que **CIRCULE ÚNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.**

<p><b>SECCION 1 - Intensidad de dolor</b></p> <p>A Por ahora no tengo dolor            B El dolor que tengo es muy leve            C El dolor que tengo es moderado            D El dolor que tengo es un poco severo            E El dolor que tengo es muy severo            F El dolor es el peor que se pueda imaginar</p>	<p><b>SECCION 6 - Concentración</b></p> <p>A Me puedo concentrar completamente cuando quiero ninguna dificultad            B Me puedo concentrar completamente cuando quiero pero con un poco de dificultad            C Tengo una cantidad considerable de dificultad para concentrarme cuando yo quiero            D Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero            E Tengo demasiada dificultad para concentrarme cuando quiero            F No me puedo concentrar en lo absoluto</p>
<p><b>SECCION 2 - Cuidado Personal (Lavarse, Vestirse, etc.)</b></p> <p>A Normalmente me puedo cuidar sin causarme más dolor            B Normalmente me puedo cuidar, pero me causa más dolor            C Me es muy doloroso cuidarme y tengo que ser muy cuidadoso y hacer todo muy despacio            D Necesito ayuda pero puedo encargarme de todo mi cuidado personal            E Necesito ayuda diaria en casi todos los aspectos de mi cuidado personal            F No me puedo vestir, me lavo con dificultad y me quedo en cama</p>	<p><b>SECCION 7 - Trabajo</b></p> <p>A Puedo hacer tanto trabajo como quiera            B Solo puedo hacer mi trabajo usual, no mas            C Puedo hacer casi todo usual, no más mi trabajo            D No puedo hacer mi trabajo usual            E Casi no puedo hacer ningún trabajo            F Absolutamente no puedo hacer ningún trabajo</p>
<p><b>SECCION 3 - Levantar</b></p> <p>A Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional            B Puedo levantar objetos pesados, pero me causa dolor adicional            C El dolor no me permite levantar objetos pesados desde el suelo, a menos que estén convenientemente posicionados como en una mesa            D El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos de peso liviano y mediano            E Solamente puedo levantar objetos livianos            F No puedo levantar o cargar nada</p>	<p><b>SECCION 8 - Manejar</b></p> <p>A Puedo manejar sin dolor en el cuello            B Puedo manejar cuanto quiera con leve dolor en el cuello            C Puedo manejar cuanto quiera con dolor moderado en el cuello            D No puedo manejar cuanto quisiera a causa de dolor moderado en el cuello            E Casi no puedo manejar a causa de un dolor severo            F No puedo manejar en lo absoluto</p>
<p><b>SECCION 4 - Leer</b></p> <p>A Puedo leer cuanto quiero sin dolor en mi cuello            B Puedo leer cuanto quiero, con dolor leve en el cuello            C Puedo leer cuanto quiero, con dolor moderado en el cuello            D No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado            E No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello severo            F No puedo leer nada</p>	<p><b>SECCION 9 - Dormir</b></p> <p>A No tengo dificultad para dormir            B Mi sueño es ligeramente interrumpido (menos de 1 hora sin dormir)            C Mi sueño es levemente interrumpido (1-2 horas desvelado)            D Mi sueño es moderadamente interrumpido (2-3 horas desvelado)            E Mi sueño es grandemente interrumpido (3-5 horas desvelado)            F Mi sueño es completamente interrumpido (5-7 horas desvelado)</p>
<p><b>SECCION 5 - Dolores De Cabeza</b></p> <p>A No tengo ningún dolor de cabeza            B Tengo dolores de cabeza leves, muy poco frecuentes            C Tengo dolores de cabeza moderados, muy poco frecuentes            D Tengo dolores de cabeza moderados y frecuentes            E Tengo dolores de cabeza severos y frecuentes            F Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo</p>	<p><b>SECCION 10 - Recreación</b></p> <p>A Puedo participar en todas mis actividades recreacionales sin ningún dolor en el cuello            B Puedo participar en todas mis actividades recreacionales con poco dolor            C Puedo participar en mi mayoría, pero no en todas mis actividades recreacionales            D Solamente puedo participar en algunas de mis actividades recreacionales            E Casi no puedo participar en ninguna actividad recreacional            F No puedo participar en ninguna actividad recreacional</p>

Paciente # \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Total score (a=0, b=1, c=2, d=3, e=4, f=5) \_\_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_\_ %

Interpretation: 0-20% Minimal 21-40% Moderate 41-60% Sever 61-80% Crippled >80% Complete



## Índice de Incapacidad Revisado de Oswestry

**POR FAVOR, LEA:** cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de cómo su dolor de espalda ha afectado su habilidad para llevar a cabo sus actividades diarias. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor aplique. Sabemos que usted puede considerar que más de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que CIRCULE ÚNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.

<p><b>SECCION 1 - Intensidad de dolor</b></p> <p>A No tengo dolor en este momento.            B El dolor es leve en este momento.            C El dolor va y viene y es moderado.            D El dolor es moderado y no varía mucho.            E El dolor es severo, pero va y viene.            F El dolor es severo y no varía mucho.</p>	<p><b>SECCION 6 - Pararse</b></p> <p>A Me puedo parar tanto tiempo como desee sin dolor adicional.            B Tengo algún dolor al pararme, pero no aumenta con el tiempo.            C No me puedo para por más de una hora sin que me aumente el dolor.            D No me puedo parar por más de ½ hora sin que aumente el dolor.            E No me puedo parar por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.            F Evito estar parado porque me aumenta el dolor inmediatamente.</p>
<p><b>SECCION 2 - Cuidado Personal</b></p> <p>A No tengo que cambiar la forma en que me lavo y me visto para evitar el dolor.            B Normalmente no cambio la forma en que me lavo y me visto a pesar de que me causa algún dolor.            C Lavarme y vestirme aumenta el dolor, pero puedo manejarlo sin cambiar la forma de hacerlo.            D Lavarme y vestirme aumenta el dolor y he tenido que cambiar la forma de hacerlo.            E Debido al dolor a veces no puedo lavarme y vestirme sin ayuda.            F Debido al dolor no puedo lavarme y vestirme sin ayuda.</p>	<p><b>SECCION 7 - Dormir</b></p> <p>A No me da dolor en la cama.            B Me da dolor en la cama, pero no me impide dormir bien.            C Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce por menos de ¼.            D Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce a menos de ½.            E Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce a menos de ¾.            F El dolor no me permite dormir del todo.</p>
<p><b>SECCION 3 - Levantar</b></p> <p>A Puedo levantar objetos pesados, sin dolor adicional.            B Puedo levantar objetos pesados, pero me causa dolor adicional.            C El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si los ponen en algún lugar conveniente como una mesa.            D El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos medianos si me los ponen en una posición conveniente.            E Solo puedo levantar objetos muy livianos.            F No puedo levantar o cargar nada.</p>	<p><b>SECCION 8 - Vida Social</b></p> <p>A Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional.            B Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor que tengo.            C El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social, aparte de limitar mis intereses más energéticos como por ejemplo, bailar, etc.            D El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.            E El dolor ha restringido mi vida social a estar en la casa.            F No tengo vida social debido al dolor.</p>
<p><b>SECCION 4 - Caminar</b></p> <p>A No tengo dolor al caminar.            B Tengo algún dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia.            C No puedo caminar más de una milla sin que aumente el dolor.            D No puedo caminar más de ½ milla sin que aumente el dolor.            E No puedo caminar más de ¼ de milla sin que aumente el dolor.            F No puedo caminar nada sin que me aumente el dolor.</p>	<p><b>SECCION 9 - Viajar</b></p> <p>A No me da dolor cuando viajo.            B Me da algo de dolor cuando viajo pero ninguno de mis viajes rutinarios hacen más malo el dolor.            C Me da dolor adicional cuando viajo, pero no me obliga a buscar otra forma alterna de viajar.            D Me da dolor adicional cuando viajo, lo cual me obliga a buscar otra forma alterna de viajar.            E El dolor restringe todas las formas de viajar.            F El dolor no me permite viajar en ninguna forma, excepto cuando viajo acostado.</p>
<p><b>SECCION 5 - Sentarse</b></p> <p>A Me puedo sentar en cualquier silla tanto tiempo como desee.            B Solo me puedo sentar en mi silla favorita tanto tiempo como desee.            C El dolor no me permite sentarme por más de una hora.            D El dolor no me permite sentarme por más de ½ hora.            E El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.            F El dolor no me permite sentarme por completo.</p>	<p><b>SECCION 10 - Cambios en el Grado del Dolor</b></p> <p>A Mi dolor está mejorando rápidamente.            B Mi dolor fluctúa pero en general está mejorando definitivamente.            C Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta al presente.            D Mi dolor ni mejora ni empeora.            E Mi dolor está empeorando gradualmente.            F Mi dolor está empeorando rápidamente.</p>

Paciente # \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Total score (a=0, b=1, c=2, d=3, e=4, f=5) \_\_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_\_ %  
 Interpretation: 0-20% Minimal 21-40% Moderate 41-60% Sever 61-80% Crippled >80% Complete



**PHYSICAL EXAMINATION (99203)**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Wks/ Mths

File #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Wks/ Mths

Insurance Co: \_\_\_\_\_

Total Visits: \_\_\_\_\_

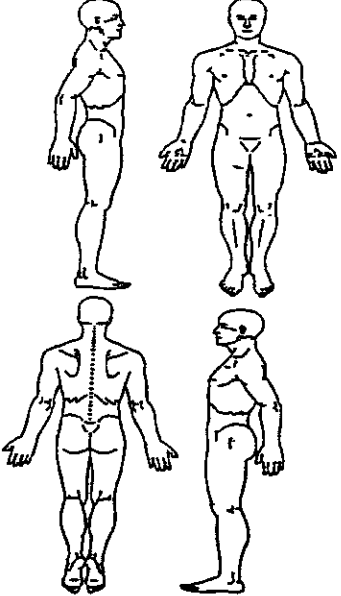
Patient \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M / F Date \_\_\_\_\_ Doctor **EDWIN J. VELEZ**

Pulse: L R	Blood pressure L / R	VBI: L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	Carotid / Subclavian Auscultation L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
------------	----------------------	--	---

Temperature \_\_\_\_\_ Respiration \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

CHIEF COMPLAINT \_\_\_\_\_ O: \_\_\_\_\_ Pall/Prov: \_\_\_\_\_ Q/R: \_\_\_\_\_ S: see chart below T: \_\_\_\_\_

DYNAMIC RANGES OF MOTIONS				REFLEXES			TrP, Spasm, Tight				
	Cervical	Thoracic	Lumbar	WNL	<b>CERVICAL</b>	L	R	L	R	R	L
Flex	50	60	50	(P) Pain	Biceps (C5/C6)	_____	_____	Subocc	_____	Glut Max	_____
Ext	60	25	20	WNL w/ P	Triceps (C7/C8)	_____	_____	SCM	_____	Glut Min	_____
LRot	80	50	30	Restricted	Radial (C5/C6)	_____	_____	Scalenes	_____	Piriformis	_____
RRot	80	50	30	↑ Increased	<b>LUMBAR</b>	L	R	Lev Scap	_____	Psoas	_____
LLF	45	35	30	↓ Deceased	Patella (L2/L4)	_____	_____	Traps	_____	Hams	_____
RLF	45	35	30	Scoliosis	Achilles (S1/S2)	_____	_____	Suprasp	_____	Quads	_____
					<b>5 4 3 2 1 0 (+2 normal)</b>			Infrasp	_____	ITB	_____
					<b>MUSCLE TESTS</b>			Rhombs	_____	Wrist Flex.	_____
					C5 _____ L1 _____ L5 _____			T Major	_____	Wrist Ext.	_____
					C6 _____ L2 _____ S1 _____			T Minor	_____	Carpal T.S.	_____
					C7 _____ L3 _____			T P/S	_____	T.O.S.	_____
					C8 _____ L4 _____			L Erector	_____		_____
					<b>5 4 3 2 1 (5 normal)</b>			Quad L	_____		_____



Site Level	O	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	C 7	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6	T 7	T 8	T 9	T 10	L 1	L 2	L 3	L 4	L 5	S	R 1	R 2	
Adjustment Listing																											
Subluxation																											
Tenderness																											
Edema																											
Fixation																											
Thermography																											

**POSTURE EXAM**

**Dermatomes (Sensations)**

C4 \_\_\_\_\_ L1 \_\_\_\_\_ S1 \_\_\_\_\_

C5 \_\_\_\_\_ L2 \_\_\_\_\_ Others: \_\_\_\_\_

C6 \_\_\_\_\_ L3 \_\_\_\_\_

C7 \_\_\_\_\_ L4 \_\_\_\_\_

T1 \_\_\_\_\_ L5 \_\_\_\_\_

<p><b>Cervical:</b></p> <p>Cervical compression</p> <p>Jackson compression</p> <p>Cervical distraction</p> <p>Shoulder depression</p> <p>Adson's (anterior scalene)</p> <p>Eden's (costoclavicular)</p> <p>Wright's (pectoralis minor)</p> <p>O'donoghou</p> <p>Brudzinski</p>	<p><b>ORTHOPEDIC</b></p>	<p><b>Lumbar:</b></p> <p>SLR</p> <p>Fajersztajn's</p> <p>Lasègue's</p> <p>Bragard's</p> <p>Goldthwait's</p> <p>Heel walk L5 NR</p> <p>Toe walk S1 NR</p> <p>Kemp's</p> <p>Milgram's</p>
<p><b>Thoracic:</b></p> <p>Adam's sign</p> <p>Schepelmann's</p> <p>Spinal Percussion</p> <p>Soto-Hall</p>		<p><b>Hip:</b></p> <p>Patrick Fabere's</p> <p>Yeoman's</p> <p>Thomas</p> <p>Gaenslen's</p> <p>Ely's</p> <p>Nachlas</p>
<p><b>Others:</b></p>		

**Patient Current Prognosis:** Excellent Good Guarded Poor **Treatment:** CMT, EMS, HMP, Laser, US, Traction / Cox C / T / L

**Doctor Request:** X-rays / MRI / CT / Labs / Sonogram / DXA / Bone Scan / Mammography / Other:

**Diagnosis:** M99.01 M99.02 M99.03 M99.04 M99.05 M99.06 M99.07 **NDI:** \_\_\_\_\_% **RODI:** \_\_\_\_\_% **HA Index:** \_\_\_\_\_%

**Other Dx:** M54.2-C M46.02-C M46.03-CT M46.04-T M46.05-TL M46.06-L M46.07-LS M54.41-Rt S M54.42-Lt S M41.23Sc.CT M41.24ScT M41.25ScTL M41.26ScL M41.27ScLS M25.511-rt Sh M25.512-lt Sh M25.561-rt Kn M25.562-lt Kn