Patient Account Number

_____

Martinez Chiropractic Center
-12595 SW 137 AVENUE STE
108 - MIAMI, FL 33187 - (305)
388-7577

Fecha

_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Apodo _____

Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Los recordatorios se envíaran por mensaje de texto 24 horas antes de su cita.

Estado civil

◯ Soltero(a) ◯ Casado(a) ◯ Viudo(a) ◯ Divorciado(a)

Sexo

____ Hombre ____ Mujer

Para la verificación del seguro, por favor complete **los últimos 4 dígitos** de su número de seguro social:

XXX-XX-_____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo _____ Relación _____ Número de teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y cualquier miembro de su personal para dejar mensajes teléfonicos o de correo electrónicos y revelar información médica protegida referente a mí; incluyendo pero no limitado a información médica, tales como resultados, recordatorios de citas o cualquier otra información médica protegida relacionados con mi tratamiento a los siguientes números o correo electrónico:

Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de fax: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo al centro y cualquier miembro de su personal a revelar mi información a las siguientes personas:

Nombre:_____ Relación: _____ Número de teléfono:_____

Nombre:_____ Relación: _____ Número de teléfono:_____

Nombre:_____ Relación: _____ Número de teléfono:_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Cuestionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

_____
Patient Account Number

Nombre del Paciente _____ ***Fecha*** _____

***1.* Describa sus sintomas** _____

_____

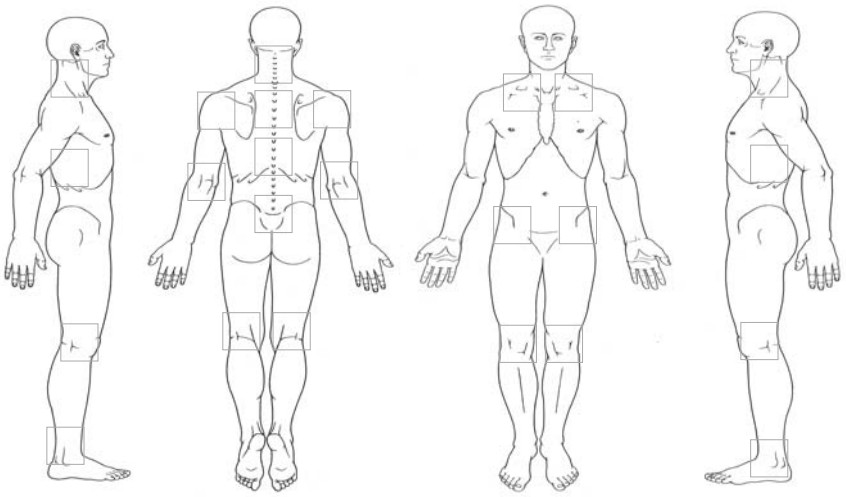
a. Cuando empezaron sus sintomas? _____

b. Como empezaron sus sintomas? ☐ caida ☐ accidente de auto ☐ accidente en el trabajo Fecha de accidente: _____ ☐ N/A

2. Que tan seguido sufre sus sintomas?

- ☐ Constantemente (76-100% del dia)
- ☐ Frecuentemente (51-75% del dia)
- ☐ Ocasionalmente (26-50% del dia)
- ☐ Raramente (0-25% del dia)

Indique donde siente el dolor o tiene otros



3. Que describe la naturalesa de sus sintomas?

- ☐ Punzante ☐ Agudo
- ☐ Opaco ☐ Ardor
- ☐ Adormecido ☐ Hormigueo

4. Como estan cambiando sus sintomas?

- ☐ Mejorando
- ☐ Igual
- ☐ Empeorando

5. Durante las <u>4 semanas pasadas:</u>

A. Indique la intensidad de sus sintomas

Ninguno ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Intolerable

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremadamente

6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condición con sus actividades sociales?(Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

☐ Todo el tiempo ☐ Mayor parte del tiempo ☐ Parte del tiempo ☐ Poco parte del tiempo ☐ Ningun parte del tiempo

7. En general diria usted que su salud ahorita es..

☐ Excelente ☐ Muy Bien ☐ Buena ☐ Mas O Menos ☐ Mal

8. A quien ha visto para sus sintomas? ☐ Nadie ☐ Quiropractico ☐ Medico ☐ Terapista Fisico ☐ Otro

A. Que tratamiento recibio usted y cuando*?* _____

B. Que examenes ha tenido usted para sus sintomas y cuando fueron realisados*?*

☐ Rayos X *Fecha:* _____ ☐ CT Scan *Fecha:* _____

☐ Resonancia/MRI *Fecha:* _____ ☐ Otros *Fecha:* _____

9. Usted tiene un abogado? ☐ Si ☐ No

Nombre de su abogado : _____ *Numbero de telefono:* _____

***10. Cual es su oficio*?**

_____

☐ Profesional/Ejecutivo ☐ Obrero ☐ Jubilado
☐ De oficina ☐ Ama de Casa ☐ Otro
☐ Comerciante ☐ Estudiante

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posicion actual de trabajo?

☐ Tiempo Completo ☐ Desempleado ☐ Otro
☐ Medio Tiempo ☐ Fuera de trabajo
☐ Dueño de su propio negocio

Firma Del Paciente _____ **Fecha** _____

Cuestionario De Salud

ChiroCare of Wisconsin, Inc.

Patient Account Number

Nombre _____ **Fecha** _____

¿Qué tipo de ejercicio hace usted regularmente? ☐ Ninguno ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Pesado

¿Cuál es su estatura y peso? Estatura ☐ Pies ☐ Pulgadas Peso ☐ Libras

Para cada una de las condiciones mencionadas a continuación, por favor coloque una X en la columna que aplique.

Pasado	Presente	
☐	☐	Dolores de cabeza
☐	☐	Dolor de cuello
☐	☐	Dolor de espalda alta
☐	☐	Dolor de espalda media
☐	☐	Dolor de espalda baja
☐	☐	Dolor de hombro
☐	☐	Dolor de codo/brazo
☐	☐	Dolor de muñeca
☐	☐	Dolor de mano
☐	☐	Dolor de cadera/muslo
☐	☐	Dolor rodilla/pierna baja
☐	☐	Dolor tobillo/pie
☐	☐	Dolor en la mandíbula
☐	☐	Hinchazón o rigidez articular
☐	☐	Artritis
☐	☐	Artritis reumatoide
☐	☐	Fatiga
☐	☐	Mareos
☐	☐	Desequilibrio
☐	☐	Alteraciones de la visión

Pasado	Presente	
☐	☐	Presiónalta/baja
☐	☐	Ataque al corazón
☐	☐	Dolores en el pecho
☐	☐	Accidente cerebrovascular
☐	☐	Angina de pecho
☐	☐	Piedras en el riñón
☐	☐	Trastornos de riñón
☐	☐	Infección de vejiga
☐	☐	Dolor al orinar
☐	☐	Pérdida de Control de vejiga
☐	☐	Problemas próstata
☐	☐	Aumento/pérdida de peso anormal
☐	☐	Apetito pobre/excesivo
☐	☐	Dolor abdominal
☐	☐	Ardor de estómago
☐	☐	Estreñimiento/diarrea/vómitos
☐	☐	Hígado/vesícula vejiga trastorno
☐	☐	Cáncer
☐	☐	Tumor
☐	☐	Asma
☐	☐	Sinusitis crónica

Pasado	Presente	
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Sed excesiva
☐	☐	Orinar en forma escesiva
☐	☐	Fumar/uso de productos de tabaco
☐	☐	Dependencia de drogas/alcohol
☐	☐	Alergias
☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Lupus Sistémico
☐	☐	Eccema/dermatitis/erupciones
☐	☐	VIH/SIDA
☐	☐	Depresión/Ansiedad/Ataques de pánico

Para las mujeres

☐	☐	Píldoras anticonceptivas
☐	☐	Irregularidad menstrual/calambre
☐	☐	Embarazo
☐	☐	Último ciclo Menstual _____

Hijos ☐ Nunguno ☐ Cuantos: _____

Otros problemas de salud

☐ ☐ _____
☐ ☐ _____
☐ ☐ _____

Indicar si un miembro de la familia inmediato ha tenido alguno de los siguientes:

☐ Artritis reumatoide ☐ Problemas del corazón ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Lupus ☐ _____

Lista de todos los prescripción y medicamentos sin receta y suplementos nutricionales naturales que está tomando:

_____ _____ _____
_____ _____ _____

Lista de todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido y veces que ha sido hospitalizados:

_____ _____ _____
_____ _____ _____

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Comentarios adicionales del médico

_____
_____
_____

Firma del médico _____ **Fecha** _____

FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRATICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de Martinez Chiropractic Center.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Quien suscribe autoriza a Martinez Chiropractic Center, o cualquiera que ellos designen como sus asistentes, a realizar exámenes físicos, tomar radiografías, terapias física, y realizar procedimientos diagnósticos, y si alguna condición imprevista surge en el curso de estos procedimientos, diferente o en adición a la(s) pre-existente(s), (le) autorizo a realizar lo que consideren recomendable. La naturaleza y propósito de estos procedimientos y el riesgo que puedan tener.

Mi firma certifica que he leído y he convenido a la información mencionada.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

AUTORIZACION

Quien suscribe autoriza a mi compañía de seguro y/o abogado enviar los pagos de los beneficios que me corresponden directamente a Martinez Chiropractic Center. Autorizo también a que todos los registros médicos que mi compañía de seguros y/o abogado requieran les sean remitidos. Entiendo que soy responsable ante Martinez Chiropractic Center por los cargos que no sean cubiertos por esta autorización. En el caso de que sea necesario instituir un litigio sobre gastos no pagados por nuestros servicios, los gastos legales incurridos serán responsabilidad del paciente.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

NOTA:
Anexo en contra nuestra reclamación por servicios presentados al paciente arriba mencionado. Confió en que esto será suficiente para que nuestra reclamación sea procesada inmediatamente.

Por favor observe que esta es una reclamación asignada y el pago deberá ser enviado por correo directamente a este proveedor.

MARTINEZ CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

Dr. Damian Martinez ● Dr. Damaris Sabater ● Dr. Thomas Krahn

DERECHO DE RETENCIÓN IRREVOCABLE

Por este medio, autorizo al Centro Quiropráctico Martinez, y/o a los doctores y los representantes para que le proporcione a usted, mi abogado, el reporte completo de mi examen médico, el diagnostico, el tratamiento y el pronóstico, entro otros, referentes al accidente sufrido.

Por este medio, le autorizo e instruyo a usted, mi abogado, a pagar al centro indicado anteriormente, en forma directa, aquellas sumas que se les deba por servicios médicos proporcionados tanto a causa del accidente o por cualquier otra cuenta que se le deba y a retener aquellos montos que provengan del arreglo, una decisión judicial o una sentencia, según sea necesario para proteger a dichos médicos. Además, por este medio, cedo a dicho centro, un poder sobre todos y cualquier ingreso por el arreglo, la decisión judicial o la sentencia en mi caso y que sea girado a usted, mi abogado, o a mí, como resultado de las lesiones debido a las cuales he recibido el tratamiento, o las lesiones relacionadas.

Yo entiendo plenamente que soy completamente responsable por todas las facturas medicas presentadas por dicho centro por los servicios prestados y que realice de acuerdo únicamente para la protección de dicho centro y como contraprestación por la demora en el pago. Además entiendo que dicho pago no depende de la orden judicial, sentencia o de acuerdo por el cual yo puedo eventualmente recuperar dichos honorarios.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

El (la) suscrito(a), como el abogado registrado del paciente anteriormente nombrado(a), por este medio estoy acuerdo en acatar todos los términos indicados anteriormente y estoy de acuerdo en retener aquellos montos que surjan de cualquier acuerdo, orden judicial o sentencia que sean necesarios para proteger adecuadamente dicho centro.

_____	_____	_____
Bufete Del Abogado	Firma Del Abogado	Fecha

MASSAGE & MANUAL THERAPY POLICY

We offer massage and manual therapy in our office as an extra service to our patients. We believe that massage and manual therapy has a value in helping you heal. Our policy is that appointments be pre-scheduled. If you must reschedule or miss an appointment **YOU MUST CALL US 24 HOURS IN ADVANCE**. If you do not call, there is a $25.00 charge. The only exception to this is if you have a serious emergency.

Thank you very much for your cooperation,
Dr. Damian Martinez

_____ _____ _____
Print Name Signature Date

PÓLIZA DE MASAJE Y TERAPIA MANUAL

En nuestra oficina ofrecemos masajes y terapia manual como un servicio adicional para el paciente. Los masajes terapéuticos y la terapia manual tienen gran importancia en su recuperación, y los doctores lo recomiendan como parte de su tratamiento. Nuestra póliza es que todas las citas necesitan ser programadas. Si usted necesita cambiar o pierde una cita debe llamar no menos 24 horas de anticipación. Si usted no llama, hay un cargo de $25.00. La única excepción a esto es si usted tiene una emergencia personal.

Gracias por su cooperación,
Dr. Damian Martinez

_____ _____ _____
Letra de molde Firma Fecha

Authorization to Release Medical Records

I, _____ authorize _____ to
(patient name) (doctor office)
release my personal health information not already accepted by HIPPA or related statues, including x-ray films, diagnostic testing and any lab work.

_____	_____	_____	_____
Patient name (print)	Patient Signature	DOB	Date