



## FORMA DE NO ACCIDENTE

Yo estoy obteniendo tratamiento en Martinez Chiropractic Center. El tratamiento no es debido a lesión, accidente de automóvil, resbalón o caídas relacionadas con mi trabajo ni tengo ningun caso pendiente.

## AUTORIZACIÓN DE SEGUROS

Autorizo el pago de los beneficios debido a mí de mi compañía de seguros y/o abogado directamente a Martinez Chiropractic Center. Además autorizo cualquier registros requerido por mi proveedor de seguros. Entiendo perfectamente Soy financieramente responsable por cualquier cargo de esta autorización a Martinez Chiropractic Center. En el caso que lo se hace necesario instituir un litigio sobre la falta de pago de nuestros honorarios, los costos y gastos legales incurridos en ella son mi responsabilidad.

## CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Este es para certificar que he presentado toda información con respecto a mi plan de seguro médico.

Seguro médico en efecto es:

Nombre de su seguro:

ID:

Grupo:

Nombre del asegurado:

Relación con el asegurado:

Mi firma certifica que la información que he llenado de arriba es correcta, y que no busco tratamiento debido a un accidente de auto, lesiones de trabajo o resbalones/caídas ni tengo ningun caso pendiente.

Nombre del paciente:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha:

---

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

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de Martinez Chiropractic Center de privacidad de paciente.

Nombre del paciente:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha:

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos / médicos, incluyendo varias formas de terapia física y radiografías de diagnóstico por Martínez Chiropractic Center. Este consentimiento se extiende a otros Quiroprácticos, asistentes de quiropráctica o terapeutas de masaje con licencia, que ahora o en el futuro, están empleados, trabajando o asociado con esta oficina. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir, con el doctor de quiropráctica y / u otro personal de oficina, la naturaleza y propósito de la atención que se está prestando.

Entiendo que los resultados no están garantizados. Además, he sido informado y entiendo que, como en la práctica de cualquiera de las artes curativas, en la práctica de la quiropráctica, hay algunos riesgos para el tratamiento incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, subluxaciones y torceduras. También entiendo que el médico, que explicó todas estas cosas a mí, no está esperando ser capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Yo confiaré sobre el médico para ejercer el juicio adecuado durante el curso de la atención, sobre la base de los hechos conocidos en este momento, y en mi mejor interes.

Mi firma abajo certifica que he leído, o me ha leído el consentimiento anterior. También certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y opciones de atención han sido explicadas. Al firmar este formulario de consentimiento, estoy de acuerdo con el cuidado que se me ha proporcionado durante el curso del tratamiento para mí (s) presente (s) estado (s) y para cualquier condición futura que solicite tratamiento.

Nombre del paciente:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha:

## 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,

Nombre del paciente:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha:



# Questionario De Salud

ChiroCare of Wisconsin, Inc.

Patient Account Number

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio hace usted regularmente?      ① Ninguno      ② Ligero      ③ Moderado      ④ Pesado

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

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

Pasado	Presente	Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolores de cabeza		Presión alta/baja		Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de cuello		Ataque al corazón		Sed excesiva
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de espalda alta		Dolores en el pecho		Orinar en forma escesiva
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de espalda media		Accidente cerebrovascular		Fumar/uso de productos de tabaco
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de espalda baja		Angina de pecho		Dependencia de drogas/alcohol
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de hombro		Piedras en el riñón		Alergias
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de codo/brazo		Trastornos de riñón		Epilepsia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de muñeca		Infección de vejiga		Lupus Sistémico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de mano		Dolor al orinar		Eccema/dermatitis/erupciones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor de cadera/muslo		Pérdida de Control de vejiga		VIH/SIDA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dolor rodilla/pierna baja		Problemas próstata		Depresión/Ansiedad/Ataques de pánico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Para las mujeres</b>
	Dolor tobillo/pie		Aumento/pérdida de peso anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Dolor en la mandíbula		Apetito pobre/excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Hinchazón o rigidez articular		Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Artritis		Ardor de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Artritis reumatoide		Estreñimiento/diarrea/vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Fatiga		Hígado/vesícula vejiga trastorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Mareos		Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Desequilibrio		Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Alteraciones de la visión		Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Sinusitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hijos**      Ninguno      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 \_\_\_\_\_