

BIENVENIDO

3 DOMICILIOS PARA SERVIRLE MEJOR!

PINES WEST CHIROPRACTIC
18501 Pines Blvd., Suite 104
Miami, FL 33029

EAST SIDE CHIROPRACTIC
8228 Biscayne Blvd.
Miami, FL 33138

MARTINEZ CHIROPRACTIC
12595 S.W. 137 Ave., Ste 108
Miami, FL 33186

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Sex: Masc. Fem Edad: _____ Fecha de Nac.: _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)
Seguro Social: _____ Ocupación: _____
Empleado por: _____
Dirección: _____
Nombre del Esposo(a): _____ Fecha de Nac.: _____
Seguro Social: _____ Ocupación: _____
Lugar de Trabajo: _____
Doctor de cabecera: _____ Teléfono: _____

NÚMEROS TELEFÓNICOS

Casa: _____
Trabajo: _____
Ext: _____
Hora Disponible _____
Tel. Cel.: _____
Email: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Parentesco: _____
Tel. Casa: _____
Tel. Trabajo: _____

SEGURO

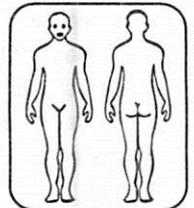
Quién es responsable por esta cuenta? _____
Parentesco con el(la) Paciente _____
Nombre de la compañía de seguros _____
Número de tarjeta o grupo _____
Tiene el paciente seguro adicional Sí No
Del subscriptor _____
Fecha de Nacimiento _____ # S.S. _____
Parentesco con el(la) Paciente _____
Nombre de la compañía de seguros _____
De seguro o identificación _____

INFORMACION DE ACCIDENTE(S)

Su condición se debe a un accidente?
 Sí No Fecha _____
Tipo de accidente? Caída
 Auto Trabajo Casa Otro
Otra causa: _____
Si estuvistes envuelto (a) en un accidente,
por favor comuníquese con la recepcionista.

CONDICION DEL (LA) PACIENTE

Razón de su visita: _____ Consulta preventiva: Sí No
Cuándo empezaron los síntomas? _____ Su condición empeora progresivamente? Sí No No sé
Marque con una X en el dibujo donde tiene dolor, entumecimiento o cosquilleo _____
Evalúe la severidad del dolor en la escala del 1 poco al 10 mucho dolor _____
Tipo de dolor: Agudo Sordo Palpitante Entumecido Achaque Punzante Ardoroso
 Comezón Calambre Endurecimiento Inflamación Otro
Cuántos días en la semana pasada sintió dolor? _____ Es constante Ocasional
Interfiere con su Trabajo Vida Familiar Sueño Recreación Ejercicio
Actividades o movimientos que la causan dolor Sentarse Pararse Caminar Agacharse Acostarse
Padece de otras enfermedades? _____



HISTORIAL CLÍNICO

Favor de chequear y describir: _____
Cirugía mayor/operaciones: Apendéctomia Amigdaléctomia Vesícula Viliar Hernia Cirugía en espalda
 Fracturas Otras _____
Accidentes, caídas, heridas: _____
Hospitalizaciones (Aparte de las arriba mencionadas): _____
Tratamientos quiroprácticos anteriores: Ninguno Nombre del doctor y fecha de la última visita: _____
Medicamentos que toma actualmente: Para los Nervios Relajantes musculares/analgésicos
 Insulina Otra _____

Abajo está una lista de enfermedades que pueden no parecer relacionadas con el objeto de su visita, sin embargo estas preguntas deben de ser respondidas cuidadosamente debido a que estos problemas pueden afectar el curso integral de su tratamiento quiropráctico.

CHEQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE TIENE O QUE HAYA TENIDO

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Tiroide | <input type="checkbox"/> Desórdenes Mentales | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Exclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Sida/V.I.H. | <input type="checkbox"/> Ecsema | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Varicela (Viruela Loca) | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Ataque | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Tos Ferina | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pleuresia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sistema Inmunológico Debit | <input type="checkbox"/> Síntoma de Túnel Carpal |
| <input type="checkbox"/> Sarampion/Rubeola | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Subluxaciones | <input type="checkbox"/> Síndrome de Torceduras Recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Química | | | | |

CHEQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE USTED TIENE O QUE HAYA TENIDO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES:

SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETO

- Dolor en la parte baja de la espalda
- Dolor en medio de los hombros
- Dolor en el cuello
- Dolor en el brazo
- Dolor en las articulaciones/endurecimiento
- Dificultad al masticar/mandíbula con chasquido
- Envaramiento (tieso) general
- Dolor en el hombro
- Dolor en la rodilla
- Dolor en la cadera
- Dolor en la mano/la muñeca
- Dolor en el pie/en el tobillo

SÍNTOMAS GENERAL

- Fatiga
- Alérgias
- Perdida del Sueño
- Fiebre
- Dolor de la cabeza/jaquecas

SÍNTOMAS S.V.R.

- Dolor en el pecho
- Dificultad con la respiración
- Presión sanguínea alta/baja
- Latido cardíaco irregular
- Problemas cardíacos
- Problemas pulmonares/congestionamiento
- Venas varicosas
- Hinchazón de los tobillos
- Ataque

SÍNTOMAS GASTROS INTESTINAL

- Appetito pobre/excesivo
- Sed excesiva
- Náusea frecuente
- Vómito
- Diarrea
- Constipación
- Hemorroides
- Problemas del hígado
- Vesicula viliar
- Problemas de peso
- Calambres abdominales
- Gas/hinchazón estomacal después de comer
- Escremento con sangrado/negro
- Colitis

SÍNTOMAS GENITO-URINARIO

- Problemas con la vejiga
- Orinar con dolor o en forma excesiva
- Orina descolorida

SÍNTOMAS MASCULINO/FEMENINO

- Irregularidad menstrual
- Calambres menstrual
- Dolor vaginal/infección
- Dolor en los senos/quistes-nódulos endurecidos o hinchazón
- Próstata inflamada/disfunción sexual
- Enfermedades Venéreas
- Otros problemas _____

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Parálisis
- Mareos
- Olvidadiso
- Confusión/depresión
- Desmayos
- Convulsiones
- Extremidades frías/con comezón
- Estrés

SÍNTOMAS O.L.G.

- Piquetes en los ojos
- Problemas dentales
- Garganta irritada
- Dolor en los oídos
- Dificultad para oír
- Nariz congestionada

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Los siguientes miembros de la familia tienen los mismos o similares problemas que yo:

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Espos(a)
- Hijo(a)

DAMAS SOLAMENTE

Quando fue su último ciclo menstrual? _____ Está usted embarazada? Sí No No estoy segura

EJERCICIOS

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Pesado

ACTIVIDAD EN EL TRABAJO

- Sentado(a)
- Computadora
- Parado(a)
- Trabajo liviano
- Trabajo pesado

HABITOS

- Fumar
- Alcohol
- Café o bebidas con cafeína
- Alto Grado de estrés

Paquetes al Día _____
 Tragos/Semana _____
 Tazas/Día _____
 Razón _____

Qué es lo más importante en su relación paciente/médico? _____

Cuáles son sus metas de salud? Evitar el dolor Corregir mi problema de salud

Firma _____

Forma de accidente de vehículo

Día y hora de accidente de vehículo:

Usted era: Conductor Pasajero delantero

Pasajero trasero

¿Si hubo infracción de tráfico quien fue culpable?

Número de personas en el vehículo accidentado:

Nombre de las personas en el accidente:

¿Llego la policía al accidente? Sí No

¿Se hizo reporte de policía? Sí No

¿Había testigos? Sí No

¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No

¿Este vehículo estaba equipado con bolsas de aire?

Sí No

¿Si la respuesta es sí, se activaron? Sí No

¿En relación con la base de su cabeza, donde descansaba su cabeza en el reposacabezas?

Por encima Por debajo Base de su cabeza

¿Cómo fue el impacto? Describir brevemente su accidente:

¿Alguna parte de su cuerpo impactó algo en el vehículo?

Sí No Si fue si, por favor explique:

¿Su vehículo se salió de la carretera? Sí No

¿Qué modelo de vehículo estaba usted ocupando?

¿Cuál fue el modelo del otro vehículo?

¿Nombre de la calle en la cual usted viajaba?

¿En qué dirección usted viajaba?

Norte Sur Este Oeste

¿Dirección en la cual el otro vehículo estaba?

Norte Sur Este Oeste

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo?

El impacto ocurrió en que forma:

Parte trasera Frente Costado

¿Qué dirección usted estaba mirando?:

Derecha Izquierda Hacia delante

¿Usted estaba Alerta Sorprendido(a) por el impacto?

¿El carro tuvo algún impacto con otro vehículo?

Sí No

¿Velocidad del otro vehículo?

¿Usted ya ha reportado su accidente a su compañía de seguro? Sí No

¿El accidente le(a) dejó inconsciente? Sí No

¿Si la respuesta es sí, por cuánto tiempo?

Por favor describir como se sintió inmediatamente después del accidente:

¿Fue al hospital o algún otro doctor? Sí No

¿Nombre del hospital o doctor?

Era: Quiropráctico Doctor de cabecera

Por favor describa cualquier tratamiento que usted recibió:

¿Cuándo se examinó? Después del accidente

Próximo día ____ Días después

¿Ha podido trabajar después del accidente? Sí No

¿Has tenido restricciones en el trabajo después del accidente? Sí No

¿Tiene usted abogado asignado a su caso? Sí No

Nombre de su abogado: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION SOBRE SU SALUD

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a llamar, a dejar mensajes del correo de voz y \ mensajes del E-mail y a divulgar la información sobre su salud (PHI) referente a mí, incluyendo y no limitado a la información médica, tal como resultados de la prueba, o los resultados de los procedimientos, a los recordatorios de la cita, o a cualquier otra PHI relacionada con mi tratamiento a los números siguientes:

- Numero de Casa Numero de Celular
- Numero de Trabajo Correo Electrónico

<p>Recordatorios de citas:</p> <p><input type="radio"/> Mensaje de texto</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía de celular: _____</p> <p><input type="radio"/> Correo Electrónico:</p> <p>_____</p> <p>Todos los recordatorios se envían aproximadamente 24 horas antes de su cita.</p>
--

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a enviar por telefax mi (PHI), incluyendo la información médica necesitada para mi tratamiento al número de fax siguiente:

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a divulgar mi (PHI), incluyendo resultados de la prueba a los individuos siguientes:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente

Fecha



MARTINEZ
CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

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

**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

INFORMACIÓN SOBRE SU PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL

Debido a las regulaciones en el estado de la Florida, necesitamos informarle que todos los seguros de automóvil cubren 80% de los cargos permitidos. Es la responsabilidad del paciente pagar el 20% que no está cubierto por el seguro. Si usted tiene "med-pay", por favor notificar a la recepcionista.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Esto es para certificar que yo, _____ he dado toda la información necesaria sobre mi póliza de seguro automóvil.

Compañía de seguro _____

Numero de póliza _____ Numero de reclamo _____

Nombre del asegurado(a) _____

Parentesco con asegurado(a) _____

Fecha del accidente _____

Yo, _____ siendo el(la) paciente anteriormente mencionado, certifico que la información anteriormente proporcionada por mí, sobre reclamaciones de seguro/información de pólizas, mi mayor entendimiento, es en efectivo correcta y la cual tengo derecho a cobertura médica y/o de "Protección de Lesión Personal" (PIP, por sus siglas en ingles).

Entiendo que esta oficina medica cuenta con dicha información para efectos de recibir la cobertura apropiada y calificar para el pago de los servicios médicos que se me fueron suministrados.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Esta notificación es hecha en buena fe para así poder utilizar los beneficios indicados en mi póliza de PIP por los que he pagado primas de las cuales estoy reclamando beneficios.

Si la reclamación o el número de la póliza anteriormente mencionada no es correcta o su compañía no puede empatar dicha información con el nombre del asegurado, usted debe notificárselo inmediatamente a las oficinas medicas antes de los cinco días. De lo contrario, dicha información se dará por correcta y las oficinas médicas no serán perjudicadas en sus esfuerzos por obtener el pago por los servicios suministrados.



MARTINEZ

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

CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

CESIÓN DE BENEFICIOS/DERECHOS DE POLIZA

Yo, el (la) paciente suscrito (a), cedo los derechos y beneficios de la cobertura de segura "Protección de Lesión Personal" (P.I.P., por sus siglas en ingles), pagos médico, y/o de cualquier otro seguro al Martinez Chiropractic Center, por los servicios prestados y/o el material suministrado para el tratamiento de las lesiones personales sufridas por el (la) paciente como resultado de los incidentes ocurridos al (la) paciente suscrito (a) en fecha de _____; dichas lesiones están cubiertas por la cobertura P.I.P. u otra cobertura de seguro bajo el nombre del (la) asegurador(a)

_____ de acuerdo con las Estatuas de la Florida Sección 627-736(5). El (la) suscrito (a) está de acuerdo en pagar cualquier deducible o coaseguro no cubierto por la P.I.P. u otro seguro. He leído la información contenida en el presente documento y es verídica a mi mayor saber y entender.

Esta cesión incluye, pero no está limitada a, todos los derechos de recibir los beneficios directamente de la compañía de seguros, que está obligada a proveer beneficios en cualquier acción, que incluye la demanda legal, si por cualquier razón la compañía de seguro no hiciera los pagos de los beneficios a los que yo tengo derecho. Específicamente, esta cesión incluye el derecho de recibir el pago por los costos razonables relacionados con el copiado y envío de los documentos al asegurador a solicitud del asegurador y de acuerdo con los Estatuas de la Florida Sección 627.736(6). Esta cesión también incluye cualquier derecho de recuperar los gastos y honorarios de abogado por la presentación de tal acción entabla por quien presta los servicios, como cesionario del (la) paciente. Yo estoy de acuerdo que el Martinez Chiropractic Center, escoja a cualquier abogado que el centro desee, y entiendo y estoy de acuerdo en que el abogado escogido por ellos pueda ser diferente abogado que esta frente a mi caso o reclamo de lesión personal/lesión corporal.

Como parte de esta cesión de derechos y beneficios, la cual obligara al asegurador únicamente al ser recibida dicha cesión después de ser firmada y fechada por el proveedor de atención médica, por este médico yo instruyo al asegurador que retenga y no distribuya el monto de los beneficios reclamados por Martinez Chiropractic Center, en la eventualidad que esos beneficios médicos sean disputados por cualquier razón, que puede incluir su justificación o necesidad. Como parte de esta cesión de derechos y beneficios, además instruyo al asegurador a notificar inmediatamente al proveedor se cualquier disputa en cuanto al pago para que de esa manera el centro pueda ejercer sus derechos legales. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendo y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, haga una declaración que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito en el tercer grado. Yo he leído la información aquí contenida y declaro que es verdad a mi mejor entender.

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente

Fecha

Proveedor

Por este medio, el suscrito, en nombre del Martinez Chiropractic Center, acepta la cesión de derechos y beneficios de seguro por los servicios suministrados a _____ dichos beneficios serán pagados directamente al Martinez Chiropractic Center, bajo el beneficio de Protección de Lesiones Personales (P.I.P.) de _____, u otra cobertura de seguro con _____ de acuerdo con los Estatutos de la Florida Sección 627.736 y siguientes (5) Martinez Chiropractic Center.

Por: _____
Agente/Representante autorizado

Fecha

E.I.N. # **650348913**



MARTINEZ

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

CHIROPRACTIC

"Live Healthy, Be Happy"

MANUAL THERAPY POLICY

We offer manual therapy in our office as an extra service to our patients. We believe that 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 TERAPIA MANUAL

En nuestra oficina ofrecemos terapia manual como un servicio adicional para el paciente. La terapia manual tiene 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



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 diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, entre 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 le 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