



# PERFIL DE SALUD

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Mas/Fem

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Compañía de Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Soltero / Casado / Divorciado / Viudo Nombre de su Esposo/a \_\_\_\_\_

Numero de Hijos \_\_\_\_\_ Nombres y Edades \_\_\_\_\_

A quien le Agradeceremos Por Referirlo a Usted? \_\_\_\_\_



## LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD ACÁ ABAJO



Preocupaciones de Salud según su severidad.	Rango de Severidad 1 = suave 10 = severo	cuando comenzó este episodio?	Has tenido este problema antes, cuando?	Comenzó este problema con un accidente?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____

HA VISTO OTRO DOCTOR POR ESTAS CONDICIONES? SI / NO

QUIROPRÁCTICO? \_\_\_\_\_ MÉDICO? \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

QUIÉN Y CUANDO? \_\_\_\_\_

### ENCIERRE TODOS LOS PROBLEMAS QUE TIENE

- MAREO
- DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA
- DOLOR DE GARGANTA
- DOLOR EN LOS HOMBROS
- NERVIOS
- NAUSEA
- CIÁTICA
- PROBLEMAS DE TIROIDES
- FATIGA CRONICA
- EPILEPSIA
- DOLOR DE CABEZA
- ADORMECIMIENTO EN LAS PIERNAS
- ADORMECIMIENTO EN BRAZOS
- LUPUS
- PROBLEMAS DE DISCOS
- VERTIGO
- ADORMECIMIENTO EN LOS PIES
- ADORMECIMIENTO EN LAS MANOS
- FIBROMIALGIA
- INFERTILIDAD
- REFLUJO GASTRICO O ENFERMEDAD DEL HIGADO
- DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA
- PROBLEMAS MENSTRUALES
- DOLOR EN EL PECHO
- TMJ
- INFECCIONES DE OIDO
- DOLOR DECADERAS
- PROBLEMAS DE CORAZON
- DOLOR EN LOS BRAZOS
- PROBLEMAS DE RIÑONES
- DOLOR DE CUELLO
- DOLOR EN LAS PIERNAS
- PROBLEMAS ESTOMACALES
- DOLOR EN LOS HOMBROS
- PROBLEMAS DE VEJIGA
- MIGRAÑAS
- DOLOR EN LAS RODILLAS
- DOLOR EN LOS DIGESTIVOS
- ANXIEDAD
- DOLOR EN LAS ÚLCERAS
- FATIGA CRONICA
- PROBLEMAS
- SINUSITIS
- ASMA
- ASMA

OTROS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENCIERRE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE/HA TENIDO:**

DERRAME CEREBRAL    CANCER    ENFERMEDAD DE CORAZON    CIRUGÍA EN LA COLUMNA    CONVULSIONES    FRACTURA EN LA COLUMNA    ESCOLIOSIS    DIABETES

LISTE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE HA TENIDO Y EL AÑO \_\_\_\_\_

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA CON O SIN PRESCRIPCIÓN:

CUANDO FUE SU ÚLTIMO ACCIDENTE DE CARRO? \_\_\_\_\_

HA TENIDO CUIDADO QUIROPRÁCTICO ANTERIORMENTE? SI / NO

SI LO HA TENIDO, LISTE EL NOMBRE DEL DR. & LA FECHA \_\_\_\_\_

ALGUNA VEZ HA QUEDADO INCONCIENTE? SI / NO      FRACTURADO UN HUESO? SI/NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR DESCRIBELA \_\_\_\_\_

OTRO TRAUMA: \_\_\_\_\_

SI ESTE PERFIL DE SALUD ES PARA UN MENOR/NIÑO, PORFAVOR LLENE Y FIRME ABAJO CONCENTIMIENTO  
ESCRITO PARA UN NIÑO

NOMBRE DEL MENOR/NIÑO \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO A LA DRA. KATHERYNE CASTRO O QUALQUIERA DE LOS EMPLEADOS DE VITALITY FAMILY CHIROPRACTIC PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EVALUACIONES RADIOGRAFICAS, DAR CUIDADO CORRECTIVO Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRÁCTICOS ESPECIFICOS A MI MENOR/ NIÑO.

HASTA ESTA FECHA, YO TENGO EL DERECHO LEGAL DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD DE MI MENOR/ NIÑO. SI MI AUTORIDAD DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR EL CUIDADO ES REVOCADO O ALTERADO, YO INMEDIATAMENTE NOTIFICARE A VITALITY FAMILY CHIROPRACTIC.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN DEL GUARDIAN LEGAL CON EL MENOR/NIÑO

## Información del Paciente (Debe ser Completado Antes que sea evaluado)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre
Segundo Nombre
Apellido

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

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

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

**Nombre de compañía de seguros primario:** \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

**Nombre de compañía de seguros secundario:** \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTOS

- **Consulta:** incluye la historia del miembro de la oficina.
- **Evaluación:** (miembro de la oficina nuevo o ya establecido) - incluye uno o más de los siguientes: la termografía, la electromiografía de superficie, la amplitud de movimiento, rango de movimiento y /o palpación estática, revisión de las piernas
- **Ajuste Quiropráctico:** El real re-alineamiento de las vértebras hecho a mano. A menudo un sonido será escuchado, pero si no hay un sonido auditivo, esto no significa que el ajuste no ha tenido lugar.
- **Los rayos X:** Tomas específicas de imágenes radiológicas de la columna vertebral para determinar la desalineación / subluxación de las vértebras. Estos también pueden ser utilizados para indicar el progreso después de un período del cuidado.

### Autorización / Asignación de Beneficios

Todos los servicios profesionales recibidos se cobran al paciente. Se acostumbra a pagar por los servicios al momento de ser recibidos a menos que otros arreglos se hayan hecho con anterioridad. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos que no están cubiertos por esta asignación.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas concernientes a los objetivos del Doctor en relación a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas con satisfacción. De manera que acepto el cuidado quiropráctico.

### ***Notificación de Privacidad***

Entiendo que tengo derechos de privacidad en cuanto la protección de mi información de salud, bajo el acta del año 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y ser usada para: Dirigir y planear mi tratamiento y seguimiento junto con todas las personas involucradas en este tratamiento directa o indirectamente. Obtener pagos que vienen de terceros. Dirigir operaciones normales como evaluaciones de calidad y certificación del médico. Entiendo que debo solicitar por escrito acerca de cómo mi privacidad es usada para llevar acabo el tratamiento, mis pagos o las operaciones del cuidado. También entiendo que ustedes no están en la obligación de aceptar mi petición, pero si está de acuerdo, entonces está en la obligación de hacer valer esta restricción.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado acerca del estado de su salud y recomienda la atención y tratamiento para ser proporcionado a usted para que pueda tomar la decisión de si debe o no someterse a ese cuidado con pleno conocimiento de los riesgos conocidos. Esta información está destinada a hacer mejor informado para que puedas sabiamente dar o negar su consentimiento.

### INTRODUCCIÓN

La quiropráctica se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente el sistema nervioso) del cuerpo y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud. La siguiente información es habitualmente proporcionado a todos los que consideran la quiropráctica y tratamiento en esta clínica.

### LA NATURALEZA Y LA FINALIDAD DE LA QUIROPRÁCTICA

Se realizan ajustes por quiroprácticos para corregir la columna vertebral y las extremidades joint subluxaciones. Una de las más comunes de alteraciones del sistema nervioso es la vertebral subluxación. Esta condición es cuando una o más vértebras de la columna vertebral está desalineado, lo suficiente como para causar interferencias y/o irritación en el sistema nervioso. El objetivo principal en Quiropráctica salud es la extracción de un nervio interferencias causadas por la subluxación.

Un examen quiropráctico incluye examen físico, ortopédico y las pruebas neurológicas, la palpación, Instrumentación especializada, y el examen radiológico (rayos x). El ajuste quiropráctico es el método de la aplicación de precisión, alta velocidad de movimiento de la columna vertebral a través de una distancia muy corta. Hay un número de diferentes métodos o técnicas mediante los cuales la quiropráctica el ajuste es entregado. Los ajustes quiroprácticos pueden ser entregadas en mano, mediante el uso de un instrumento u otro equipo especializado en Vitality Family Chiropractic .

### EL CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

He sido informado de la naturaleza y la finalidad de la quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención, y los riesgos de la atención, incluyendo el riesgo de que la atención no puede lograr el objetivo deseado. He sido advertido de las posibles consecuencias si no reciben atención recibida. He de reconocer que no se han dado garantías a mí sobre los resultados de los cuidados y el tratamiento.

**Tener este conocimiento, a sabiendas autorice dentro-fuera familia quiropráctica para proceder con cuidado quiropráctico y el tratamiento.**

\_\_\_\_\_  
ESCRIBA SU NOMBRE AQUI

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
EDAD

**PACIENTES FEMENINOS UNICAMENTE: EN MI CONOCIMIENTO, YO SE QUE NO ESTOY EN EMBARAZO A LA HORA DE TOMAR LAS RADIOGRAFIAS EN VITALITY FAMILY CHIROPRACTIC.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

## HISTORIA DE LA SALUD DE SU FAMILIA

ESTA FORMA ES PARA AYUDAR A LOS DOCTORES. PROPORCIONAR ESTA INFORMACION DE SU HISTORIAL DE SALUD ES IMPORTANTE PARA SU REVISION.

FECHA \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE AQUI \_\_\_\_\_

CONDICION	ESPOSO/A	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
DOLOR DE BRAZO					
ARTRITIS					
ASMA					
ADD/ADHD (PROBLEMA DE ATENCION)					
ALERGIAS					
PROBLEMAS DE ESPALDA					
ORINAR LA CAMA					
CANCER					
TÚNEL CARPIANO					
FALLECIDO					
DIABETES					
PROBLEMAS DIGESTIVOS					
PROBLEMS DE DISCOS					
INFECTIONS DE OIDO					
FIBROMIALGIA					
DOLORES DE CABEZA					
ACIDEZ					
PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
DOLOR DE CADERAS					
DOLOR DE PIERNAS					
PROBLEMAS MENSTRUALES					
MIGRAÑAS					
DOLOR DE CUELLO					
ESCOLIOSIS					
DOLOR DE HOMBROS					
PROBLEMAS DE SINUSITIS					
TMJ (PROBLEMAS DE MANDIBULA)					



## **No-Call/No-Show Policy**

Due to several No-Call/No-Show appointments and out of courtesy for other practice members who may need a certain time slot, we have found it necessary to implement a No-Call/No-Show Policy and fee.

We ask that you please understand the reason behind this policy is that time is valuable to everyone: you, other patients, doctors and assistants.

### **No-Call/No-Show Policy**

We understand that life happens and schedules change, however we do ask that if you are unable to make your appointment, please call or text us when you receive your appointment reminder (within two hours) to cancel and reschedule. 24 HOURS NOTICE IS IDEAL. If you miss your appointment and did not call ahead to inform us, you will be charged a \$25 NO-CALL/NO-SHOW Missed Appointment Fee that will be assessed to your card on file.

**First Offense- No charge, graceful warning**

**Second (+) offense- \$25**

### **Running Late**

We pride ourselves on doing our best to still get you adjusted when you are running late to your scheduled appointment, however we ask that you please let us know by call or text if you will be more than 10 minutes late. Please know that if you are running more than 10 minutes late, you have run into the next time slot and may have to wait for the members scheduled during that time to get adjusted before you see the doctor.

We thank you for your understanding and consideration as we are a growing office and want to continue to serve everyone to the best of our ability.

Yours in Health and Healing,  
Vitality Family Chiropractic

CONTINUE TO NEXT PAGE

## No-Call/No-Show Policy

### Please Read Completely

I, \_\_\_\_\_ will make every effort to give at least two hours advance notice if I need to cancel and reschedule my appointment. I understand that 24-hour notice is ideal and will do my best to let the front desk know as soon as possible that I will be late or needing to reschedule my appointment. I agree, permit and authorize Vitality Family Chiropractic the right to charge my credit card \$25 if I do not call or show to my scheduled appointment.

I have read fully, understand and agree to the above.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date