



10320 W. McDowell Rd., Ste. A-1002  
Avondale, AZ 85392  
Ph. 602-566-7676

Fecha: \_\_\_\_\_ Como escucho de nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Número de casa: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

¿Le gustaria recibir recordatorios por mensajes de texto o correo electronico? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Compania de aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de ID: \_\_\_\_\_

Group #: \_\_\_\_\_ Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Yo, el firmante de abajo, cedo todos los beneficios de seguro, si los hubiera, pagaderos a mi por los servicios prestados a Gateway Chiropractic. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por mi aseguranza. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. El paciente acepta que, en caso de falta de pago, todos los costos de cobranza (que no exceda al 50% de la suma total) si es necesario, incluidos los costos del abogado y de la corte, más los intereses, serán responsabilidad total del paciente.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_

Fecha



10320 W. McDowell Rd., Ste. A-1004  
Avondale, AZ 85392  
Ph. 602-566-7676

**Cual es el sintoma #1 (circule uno)**

Dolor de Cabeza      Dolor de cuello  
Dolor de quijada      Dolor superior de espalda  
Dolor de espalda baja      Dolor de hombro  
Dolor de codo      Dolor de cadera  
Dolor de rodilla      Otro \_\_\_\_\_

**Indique el dolor en escala del 0 a 10 (circule uno)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Qué porcentaje del tiempo experimenta el dolor? \_\_\_\_%**

**El dolor fue gradual o de repente? \_\_\_\_\_**

**Que empeora el dolor?(circule )**

Sentarse      Mover cuello  
Caminar      Mover la cadera  
Correr      Cualquier Movimiento  
Levantar cosas      Estar de pie  
Manejar      Levantarse  
Otro: \_\_\_\_\_

**Que mejora el dolor?(circule)**

Descansar      Masaje  
Hielo      Caminar  
Calor      Medicamento para el dolor  
Estirarse      Relajantes musculares  
Ejercicio      Nada  
Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de Dolor (circule)**

Agudo Leve Adolorido Ardiente Punzante  
Perforante Persistente Fulgurante Quema  
Otro: \_\_\_\_\_

**Cuando es peor el dolor? (circule)**

Mañana Mediodía Tarde Noche  
Todo el dia

**Irradia el dolor? (circule)**

Brazo      Pierna      Otro: \_\_\_\_\_

**Por cuanto tiempo ha experimentado el dolor?**

\_\_\_\_\_

**Cual es el sintoma #2 (circule uno)**

Dolor de Cabeza      Dolor de cuello  
Dolor de quijada      Dolor superior de espalda  
Dolor de espalda baja      Dolor de hombro  
Dolor de codo      Dolor de cadera  
Dolor de rodilla      Otro \_\_\_\_\_

**Indique el dolor en escala del 0 a 10 (circule uno)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Qué porcentaje del tiempo experimenta el dolor? \_\_\_\_%**

**El dolor fue gradual o de repente? \_\_\_\_\_**

**Que empeora el dolor?(circule )**

Sentarse      Mover cuello  
Caminar      Mover la cadera  
Correr      Cualquier Movimiento  
Levantar cosas      Estar de pie  
Manejar      Levantarse  
Otro: \_\_\_\_\_

**Que mejora el dolor?(circule)**

Descansar      Masaje  
Hielo      Caminar  
Calor      Medicamento para el dolor  
Estirarse      Relajantes musculares  
Ejercicio      Nada  
Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de Dolor (circule)**

Agudo Leve Adolorido Ardiente Punzante  
Perforante Persistente Fulgurante Quema  
Otro: \_\_\_\_\_

**Cuando es peor el dolor? (circule)**

Mañana Mediodía Tarde Noche  
Todo el dia

**Irradia el dolor? (circule)**

Brazo      Pierna      Otro: \_\_\_\_\_

**Por cuanto tiempo ha experimentado el dolor?**

\_\_\_\_\_

## Historial de Salud

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Si si, cuando y porque? \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugías grandes en los últimos diez años? \_\_\_\_\_

¿Se ha quebrado los huesos anteriormente? Si si, que y cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido lesiones recientemente? \_\_\_\_\_

Está tomando medicamentos o suplementos actualmente? Si si, que? \_\_\_\_\_

Consumes soda, cafe o alcohol? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio o se estira regularmente? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_

Está embarazada? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

Por favor indique si alguna de las siguientes condiciones corren en su familia:

- Anemia
- Diabetes
- Colesterol alto
- Arteriosclerosis
- Enfisema
- Esclerosis Multiple
- Artritis
- Epilepsia
- Osteoporosis
- Sangrado facil
- Enfermedad del corazón
- Embolia
- Cancer
- Alta Presion
- Tiroides



## Formulario de Consentimiento de Información de Salud del Paciente

Queremos que sepa cómo se usará su información de salud (**IDS**) en esta oficina, y sus derechos en cuanto a estos registros. Antes de que empecemos cualquier tipo de tratamiento en esta oficina, necesitamos que lea y firme esta forma de consentimiento declarando que usted entiende y está de acuerdo en cómo se usarán sus registros de salud. Si necesita saber más a detalle de nuestras pólizas y procedimientos en cuanto a la privacidad de su información de salud, le animamos a que lea el HIPAA NOTICE que está disponible para usted en recepción antes de que firme esta forma de consentimiento.

1. El paciente entiende y acepta darle permiso a esta oficina de usar su IDS para el propósito de tratamiento, pago, operaciones de salud y coordinación de cuidado. Por ejemplo, el paciente acepta dar permiso a esta oficina de dar información médica a la compañía de aseguranza para recibir pago por el tratamiento recibido. Tenga por seguro que esta oficina no dará más información de la necesaria para recibir el pago de la aseguranza.
2. El paciente tiene el derecho de revisar y obtener una copia de sus records de salud en cualquier hora y pedir correcciones. El paciente tiene derecho de saber que información de su salud ha sido divulgada y someter por escrito cualquier restricción que quiera poner en el uso de su información de salud. Esta oficina no está obligada a aceptar las restricciones.
3. El consentimiento por escrito de un paciente solo debe obtenerse una vez por todo el tratamiento posterior que se le brinde al paciente en esta oficina.
4. El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante el tratamiento. Esto no afectará el uso de esos registros para la atención brindada antes de la solicitud por escrito para revocar el consentimiento, pero si aplicará a cualquier tratamiento recibido después de que la solicitud haya sido presentada.
5. Por su seguridad y su derecho a privacidad, todo nuestro equipo ha sido entrenado para mantener la privacidad y confidencialidad. Hemos tomado todas las precauciones necesarias para asegurarnos que sus records no estén disponibles para aquellas personas que no las necesiten.
6. Los pacientes tienen derecho a presentar una queja formal ante nuestro funcionario de privacidad sobre cualquier posible violacion de las políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento con el propósito de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, el doctor tiene derecho a negarse a brindar tratamiento médico

He leído y entiendo como se utilizará mi información de salud y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

---

Nombre del Paciente (en molde)

---

Fecha

---

Firma del Paciente

---

Fecha