



## APLICACION DEL PACIENTE

BIENVENIDO y GRACIAS por su aplicación como paciente en nuestra clínica. Somos un equipo único, especializado en el estudio y rehabilitación de la postura en la columna que ayuda a nuestros pacientes a recobrar su salud optima; incluso cuando muchos otros sistemas han fallado.

Es por esto que no le aceptaremos como paciente hasta tanto tengamos absoluta certeza y conocimiento de las causas de su condición, llevando a cabo las evaluaciones necesarias para establecer un programa de rehabilitación optimo para usted; completamente seguros de que podemos ayudarle a recobrar su salud.

Por favor considere de antemano que, de aceptarlo como paciente, haremos recomendaciones específicas basadas en el hecho de que su salud será su MAYOR PRIORIDAD. Gracias nuevamente por su aplicación como paciente en nuestra clínica.

---

Nombre de Paciente

---

Fecha de Aplicación

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  S  C  D  V  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de Patrono: \_\_\_\_\_  
Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono Cónyuge: ( ) \_\_\_\_\_  
Patrono del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
¿Cómo supo de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

## Propósito De Su Visita

Razón para su visita: \_\_\_\_\_

¿Está su visita relacionada con algún accidente o lesión específica (otra en adición a accidente de auto o trabajo)\*?

Sí  No *De ser afirmativo*, indique cuando: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**\*Si sus síntomas son resultado de un accidente de auto o trabajo, por favor solicite al personal de nuestra oficina las formas correspondientes.**

Describa: \_\_\_\_\_

**Por favor utilice la Gráfica de Síntomas Generales, a la vuelta de la página, para proveer información detallada de sus síntomas.**

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Son:  Constantes  Intermitentes  Relacionados con Actividad

¿Se han agudizado sus síntomas?  Sí  No Le interfieren con:  Trabajo  Sueño  Actividades Diarias o Particulares

Explique: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades agravan sus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que mejore sus síntomas?  Sí  No *De ser afirmativo*, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado estos síntomas anteriormente? (De no ser accidente de auto o trabajo)?  Sí  No *De ser afirmativo*, explique: \_\_\_\_\_

¿Se ha tratado anteriormente por estos síntomas?  Sí  No ¿Cuándo fue la última vez que se trató? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Con quién se trató? \_\_\_\_\_ ¿Qué tratamiento se le practicó? \_\_\_\_\_

¿Cómo respondió al tratamiento? \_\_\_\_\_

## Experiencia Quiropráctica

¿Ha visitado un quiropráctico anteriormente?  Sí  No ¿Quién?: \_\_\_\_\_

Razón de la(s) visita(s) al quiropráctico: \_\_\_\_\_

Su anterior quiropráctico ¿tomó radiografías antes y después de su tratamiento?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_ ¿Le recomendó algún tratamiento en específico?  Sí  No

¿Le recomendó algún programa de Cuidado de Salud en el Hogar?  Sí  No *De ser afirmativo*, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo se trató? \_\_\_\_\_ Fecha de su último tratamiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cómo respondió al tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Ha notado en usted hábitos de postura incorrecta o pobre?  Sí  No

Historial familiar de problemas en la columna  Sí  No *De ser afirmativo*, explique: \_\_\_\_\_

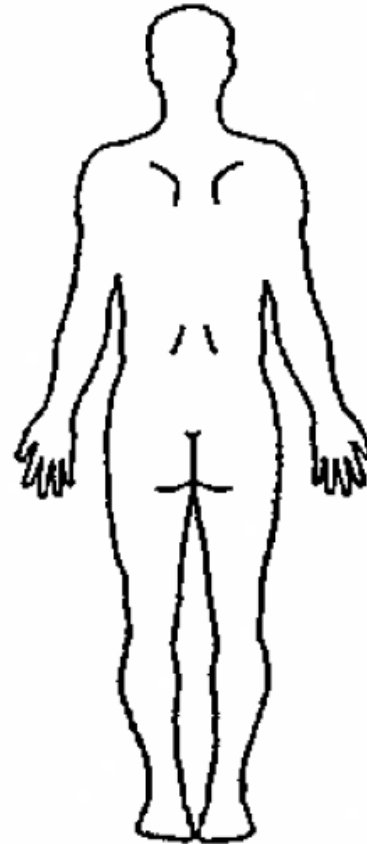
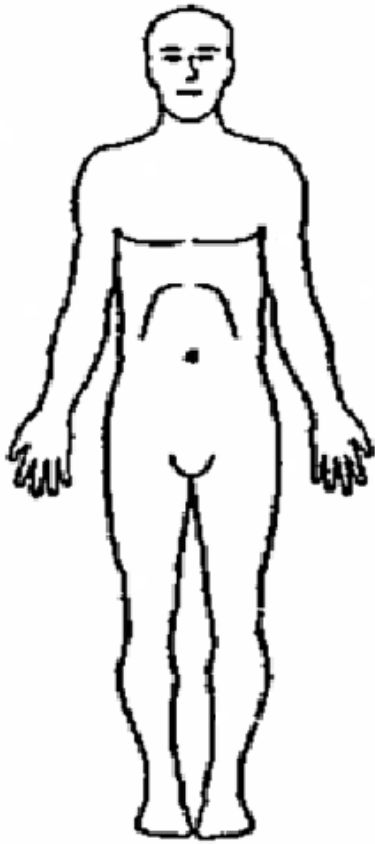
## GRAFICA DE SIMTOMAS GENERALES

Por favor utilice la siguiente leyenda para describir e indicar el tipo y lugar de sus síntomas en las figuras.

A – Dolor  
B – Punzadas  
C – Adormecimiento

D – Ardor  
E – Espasmo  
F – Hormigueo

G – Piquetes  
H – Tensión  
I – Otros



**Si marcó o indicó “I” para señalar OTROS síntomas, por favor describa a continuación:**

---

---

---

---

## Salud & Estilos de Vida

- ¿Hace ejercicios?  Si  No ¿Con cuanta frecuencia? \_\_\_\_\_ días a la semana; ¿Qué actividades hace?, indique:  
 Caminar  Correr/Trotar  Entrenamiento con Pesas  Bicicleta  Yoga  Pilates  Natación  Otro \_\_\_\_\_
- ¿Fuma?  Si  No ¿Cuánto? / ¿Con cuanta frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Consume alcohol?  Si  No ¿Cuánto? / ¿Con cuanta frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Toma café?  Si  No ¿Cuánto? / ¿Con cuanta frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Toma suplementos? (Ej. Vitaminas, Minerales, Hierbas) *De ser afirmativo*, por favor especifique: \_\_\_\_\_

## Condiciones de Salud

Su columna es la base de salud y fuerza estructural en su cuerpo. Cambios o desplazamientos en las vértebras o secciones de la columna causan debilidad y distorsión en TODAS las áreas de la columna. Estas distorsiones se reflejan en posturas anormales. Estudios recientes demuestran que posturas anormales conducen a dolores crónicos, enfermedades y posiblemente reducen la expectativa de vida. <sup>1</sup> Por favor complete las siguientes preguntas de forma correcta y precisa, de manera que podamos determinar con exactitud su condición.

### Área Cervical (Cuello)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión absoluta de la curva cervical que se originan en el cuello o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado usted, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

**Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.**

- |                                       |                                    |                             |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| ___ Dolor de Cuello                   | ___ Dolores de Cabeza              | ___ Sinusitis               |
| ___ Dolor en los hombros/brazos/manos | ___ Mareos                         | ___ Alergias/Fiebre         |
| ___ Adormecimiento/hormigueo (brazos) | ___ Problemas Visuales             | ___ Resfriados recurrentes  |
| ___ Problemas Auditivos               | ___ Frío en las manos              | ___ Poca Energía/Fatiga     |
| ___ Debilidad en agarre/puño          | ___ Problemas de Mandíbula/Mordida | ___ Condiciones de Tiroides |

Por favor explique: \_\_\_\_\_

### Área Torácica (Espalda Superior)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva torácica superior que se originan en la espalda superior o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado usted, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

**Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.**

- |                               |                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ___ Palpitaciones del Corazón | ___ Infecciones Pulmonares Recurrentes/Bronquitis     |
| ___ Murmuraciones del Corazón | ___ Asma/Sibilancia (Pitillo al respirar)             |
| ___ Taquicardia               | ___ Problemas Respiratorios/Falta de Aire             |
| ___ Ataque de Corazón/Angina  | ___ Dolor/Molestia con Aspiración/Exhalación Profunda |

Por favor explique: \_\_\_\_\_

1. Postural and Degenerative Kyphosis: Freeman JT. Posture in the Aging and Aged body. JAMA 1957, Oct 19: 843-846.

## Condiciones de Salud (continuación)...

### Área Torácica (Espalda Media)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva torácica-media que se originan en la espalda media o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado usted, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

**Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.**

- |                                                                 |                                                                        |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la Espalda Media              | <input type="checkbox"/> Nauseas                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Costillas/Pecho           | <input type="checkbox"/> Úlceras/Gastritis                             | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia/Hiperglicemia |
| <input type="checkbox"/> Indigestión/Acides                     | <input type="checkbox"/> Reflujo                                       |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Cansancio/Irritabilidad luego de comer | <input type="checkbox"/> Cansancio/Irritabilidad por comer a destiempo |                                                     |

Por favor explique: \_\_\_\_\_

### Área Lumbar (Espalda Baja)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva lumbar que se originan en la espalda baja o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado usted, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

**Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.**

- |                                                                   |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Caderas/Piernas/Pies        | <input type="checkbox"/> Debilidad/Lesiones en Caderas/Rodillas/Tobillos |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento/Hormigueo en Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Infecciones de orina recurrentes                |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia/Dificultad Urinaria           | <input type="checkbox"/> Calambres musculares en piernas/pies            |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea                    | <input type="checkbox"/> Irregularidades/Calambres Menstruales           |
| <input type="checkbox"/> Frío en Piernas/Pies                     | <input type="checkbox"/> Disfunción Sexual                               |

Por favor explique: \_\_\_\_\_

### Otros

Por favor indique cualquier otra condición de salud anteriormente no descrita: \_\_\_\_\_

Por favor indique medicamentos que esté tomando ( nombre, dosis, para que condición y por cuánto tiempo lo ha tomado ): \_\_\_\_\_

Por favor indique cirugías realizadas ( indique el tipo de cirugía y la fecha en que se realizó ): \_\_\_\_\_

## Historial Médico Familiar

Ha sido usted o algún familiar directo diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones: **(Por favor indique "Y" para Yo, "F" para Familiar o "A" para Ambos si aplica)**

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Pulmón	<input type="checkbox"/> Murmuraciones
<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Condiciones de Riñones	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Condiciones del Hígado	<input type="checkbox"/> Implantes de Metal	<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/> Vesícula
<input type="checkbox"/> Fracturas/Huesos Rotos	<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Amígdalas/Anginas	<input type="checkbox"/> Hernias
<input type="checkbox"/> Bronquitis/Neumonía	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Tos Ferina	<input type="checkbox"/> Varicelas/Herpes	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Pleuresía/Edema Pulmón	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Problemas de Azúcar	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dermatitis/Soriasis	<input type="checkbox"/> Lumbago
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

## Autorización para Tratamiento

Autorizo y acuerdo permitir al doctor y/o su personal designado a tratar mi columna, a través de ajustes en la columna y ejercicios de rehabilitación con el único propósito de restaurar la postura y estructura de funciones biomecánicas y neurológicas.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios provistos y acuerdo asegurar el pago total de dichos cargos.

El Doctor y/o su personal no serán responsables por ninguna condición de salud o diagnóstico pre-existente, que haya sido diagnosticado y/o tratado por otro proveedor de salud, o condiciones no relacionadas a las diagnosticadas en esta clínica.

Igualmente entiendo que si no sigo las recomendaciones específicas de los doctores y/o el personal de esta clínica no obtendré el beneficio máximo de estos programas de rehabilitación; y en caso de terminar mi tratamiento prematuramente, todos los cargos incurridos automáticamente serán vencidos y pagaderos de inmediato. Autorizo que la designación de todos los beneficios del seguro médico sean dirigidos a los doctores y/o personal conforme todos los servicios prestados.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Si el paciente requiere tutor legal para tratamiento, por limitación en sus capacidades/facultades, por favor complete los siguientes:

Fecha de Concesión de Tutoría Legal \_\_\_\_\_ Condado, Estado \_\_\_\_\_

Autorizo al doctor a administrar el cuidado conforme sea necesario, bajo mi cargo según designado por las cortes.

Firma del Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## En Caso de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_

## Seguro

Podemos aceptar la asignación de los beneficios del seguro. Al firmar esta póliza, usted acuerda asignar los beneficios del seguro a esta clínica. En casos donde los beneficios no puedan ser asignados o en caso en el que los beneficios sean procesados directamente a usted, independientemente de la asignación de beneficios, usted acuerda entregar a esta clínica cualquier pago recibido en adición a la explicación de beneficios en un plazo de 10 días a partir la fecha de recibido a menos que haya pagado en totalidad al momento de servicio los cargos que representan dicho pago. Bajo ningún concepto alguna asignación de beneficios le revela de su obligación de pago por los servicios prestados.

Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Esta clínica no conforma parte de dicho contrato y por lo tanto no podemos modificar los términos del mismo. El pago por tratamiento recibido en Dr. Calvin's – Del Sol Clinic es su responsabilidad aun cuando su compañía de seguros pague o no. No podemos facturar a su compañía de seguros hasta tanto nos provea con la información de facturación necesaria, asignando sus beneficios a esta clínica y acordando permitir revelar la información médica necesaria; requerida para asegurar pago. De aceptar la asignación de beneficios, requeriremos nos provea una tarjeta de crédito con autorización a facturar sobre la misma cualquier balance o realizar otros arreglos de pago. Haremos todo esfuerzo para asegurar que su proveedor de seguro procese adecuadamente los servicios para pago. En algunas circunstancias podremos requerir de su ayuda. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en 60 días y usted se niega en ayudarnos a lidiar con su proveedor de seguro, el balance pendiente se transferirá automáticamente a su tarjeta de crédito o al plan de pago extendido.

NOTA: Por favor este al tanto de que algunos, o talvez todos los servicios provistos sean servicios no cubiertos por no considerarse razonables y necesarios bajo su programa de seguro. Si usted no esta seguro de la naturaleza de los servicios que este recibiendo, por favor pregunte a su doctor. Para información de cubierta, es su responsabilidad revisar los beneficios de su contrato.

### DECLARACION

Entiendo claramente que toda cubierta de seguro, independientemente sea por accidente de auto, trabajo o cubierta general es un arreglo entre mi proveedor de seguro y yo. Si esta oficina decide facturar los servicios que esta prestando a mi proveedor de seguro, este servicio es estrictamente una conveniencia para mí. Los doctores de esta oficina proveerán cualquier reporte necesario o información requerida para asistir en el pago o reembolso de los servicios por la aseguradora pero entiendo que las compañías de seguros pueden declinar mis reclamos siendo el responsable de cualquier balance pendiente. Cualquier dinero recibido se acreditara a mi cuenta.

Entiendo que puede haber algunos servicios no cubiertos por mi compañía de seguros, de ser el caso ¿Está dispuesto usted a pagar por dichos servicios?  Si  No

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de la Persona Autorizando el Tratamiento (si es diferente al paciente):

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Primaria** \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado - -

**Compañía de Seguros Secundaria** \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado - -