

Los síntomas

¿Motivo de su cita? _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

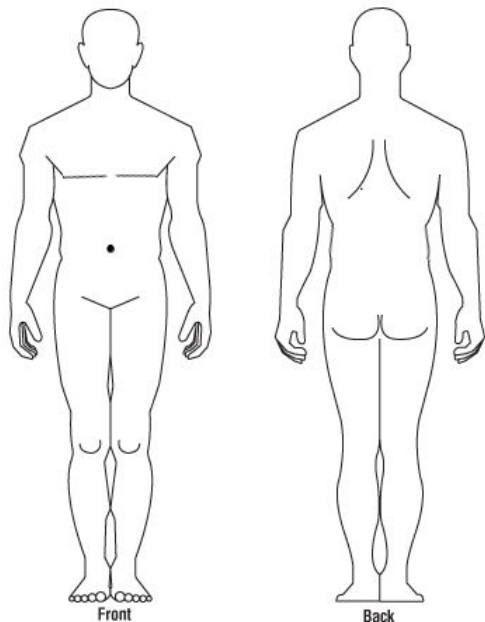
¿Es la condición cada vez mejor, peor o igual? _____

¿Qué lo hace peor? _____

¿Qué lo mejora? _____

Tipo de dolor: Entumecimiento Punzante Sordo Agudo Dolor disparo

Ardor Hormigueo Hinchazón Otro _____



Indicar el lugar en que está sintiendo los síntomas haciendo uso de la imagen

califique su dolor: (1 siendo el dolor leve a 10 dolor severo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se ha sentido esto antes? Sí No

¿Qué tratamiento ha recibido? _____

¿Qué tipo de ejercicio realiza diariamente? Ninguno Moderado Pesado

¿Fumas? Sí No ¿Cuántos paquetes por semana? _____

¿Toma alcohol? Sí No ¿Cuánto semanalmente? _____

(Mujeres) ¿Está embarazada? Sí No Fecha de vencimiento: _____

¿Tomando Control de la natalidad? Sí No

Médico Historial

cualquier historia de salud como el cáncer, la osteoporosis, fracturas óseas, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, epilepsia, convulsiones y / o cirugías recientes, etc..

Para el mejor de Que yo sepa, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor, alguna vez cambiamos de salud.

_____ **Iniciales**

La póliza de seguro

Certifico que yo y / o mis dependientes (s), tener un seguro de cobertura de ingenio

(Nombre de la (s) compañía (s) de seguros)

y asignar directamente al Dr. Evans / Dr. Hitchcock todos los beneficios del seguro, si los hay, que de otra manera me pagarán por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros. El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la (s) Compañía (s) de seguros mencionada (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se dé un aviso por escrito.

Privacy Política

partir del 1 de abril de 2003, nuestra oficina está poniendo en práctica los requisitos de la Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) que fue aprobada por la legislatura federal.

En resumen, no compartimos ni divulgamos su información personal o de salud sin su consentimiento.

Su información de salud puede divulgarse en caso de una referencia a otro profesional, o en caso de emergencia.

FINANCIEROS Política

El pago de los servicios se debe, al tiempo que los servicios se prestan a menos de pago han sido aprobadas previamente por nuestro personal. Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y las principales tarjetas de crédito. Esperamos que el deducible y el copago se cumplan al momento de su visita.

Si tiene seguro de salud, **debemos enfatizar que nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.** Si bien la presentación de reclamos de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a que se comunique con nosotros de inmediato para recibir asistencia en la administración de su cuenta. Si queda un saldo en su cuenta, se enviará un estado de cuenta mensual. La primera declaración se enviará como cortesía. Los estados de cuenta adicionales incluirán una tarifa de estado de cuenta de \$ 5. También nos reservamos el derecho de cobrar intereses (2% mensual) sobre saldos pendientes y transferir cuentas impagas a una agencia de cobranzas.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

Quiropráctico de Evans

Consentimiento informado

Yo _____, doy mi consentimiento para la realización de un tratamiento conservador no invasivo para las articulaciones y los tejidos blandos. Entiendo que los procedimientos pueden consistir en manipulaciones / ajustes que involucran el movimiento de las articulaciones y los tejidos blandos. Fisioterapia También se pueden usar ejercicios. Aunque la manipulación / ajuste de la columna vertebral se considera una de las formas de terapia más seguras y efectivas para los problemas musculoesqueléticos, soy consciente de que existen posibles riesgos y complicaciones asociados con estos procedimientos, como sigue:

Dolor: soy consciente de que, al igual que el ejercicio, Es común experimentar dolor muscular y molestias después de la manipulación espinal, que generalmente desaparece en 24 horas.

Mareos: pueden aparecer síntomas temporales como mareos y náuseas, pero son relativamente raros.

Fracturas / Lesiones en las articulaciones: entiendo además que en casos aislados, defectos físicos subyacentes, deformidades o patologías como huesos débiles por osteoporosis, pueden hacer que el paciente sea susceptible a lesiones. Cuando se detectan osteoporosis, discos degenerativos u otras anomalías, esta oficina procederá con mayor precaución.

Accidente cerebrovascular: aunque los accidentes cerebrovasculares ocurren con cierta frecuencia en nuestro mundo, los accidentes cerebrovasculares por ajustes quiroprácticos son poco frecuentes. La posibilidad de que la manipulación cervical provoque una reacción grave es remota, y varía de 1 en 1 millón a 1 en 5.85 millones de manipulaciones.

Resultados del tratamiento

También entiendo que hay efectos beneficiosos asociados con estos procedimientos de tratamiento que incluyen disminución del dolor, mejora de la movilidad y la función, y reducción del espasmo muscular. Sin embargo, agradezco que no haya certeza de que lograré estos beneficios.

Me doy cuenta de que la práctica de la medicina, incluida la quiropráctica, no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado el resultado de estos procedimientos.

Estoy de acuerdo con la realización de estos procedimientos por parte de mi médico y otras personas que elija el médico.

Tratamientos alternativos disponibles

Se me han explicado alternativas razonables a estos procedimientos , que incluyen descanso, aplicaciones de terapia en el hogar, medicamentos recetados o de venta libre, ejercicios y una posible cirugía.

Medicamentos: los medicamentos se pueden usar para reducir el dolor o la inflamación. Soy consciente de que el uso a largo plazo o el uso excesivo de medicamentos siempre es motivo de preocupación. Las drogas pueden enmascarar la patología, producir un alivio inadecuado o a corto plazo, efectos secundarios indeseables, dependencia física o psicológica, y pueden tener que continuar indefinidamente. Algunos medicamentos pueden implicar riesgos graves.

Descanso / ejercicio: me han explicado que no es probable que el descanso simple revierta la patología, aunque puede reducir temporalmente la inflamación y el dolor. Lo mismo ocurre con el hielo, el calor u otra terapia en el hogar. El Prolongado reposo en cama contribuye a debilitar los huesos y la rigidez de las articulaciones. Los ejercicios tienen un valor limitado, pero no son correctivos de los tejidos nerviosos y articulares lesionados.

Sin tratamiento: entiendo que los riesgos potenciales de rechazar o descuidar la atención pueden incluir aumento del dolor, formación de cicatrices / adherencias, movimiento restringido, posible daño nervioso, aumento de la inflamación y empeoramiento de la patología. Lo anterior puede complicar el tratamiento haciendo que la recuperación y rehabilitación futuras sean más difíciles y prolongadas.

He leído o me han leído la explicación anterior del tratamiento quiropráctico. Todas las preguntas que he tenido sobre estos procedimientos han sido respondidas a mi satisfacción ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. He tomado mi decisión voluntaria y libremente.

Para dar fe de mi consentimiento a estos procedimientos, adjunto mi firma a la autorización para el tratamiento.

_____ Firma del paciente

_____ Fecha