

1 uno

BIENVENIDO

DATOS PERSONALES

Fecha: ___ / ___ / ___ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otros #s: _____

¿Quién le recomendó esta Oficina? _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Conyuge: _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consecuencia de:

Trabajo Deporte Accidente de auto Trauma Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describe el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuándo Ocurrió? ___ / ___ / ___

¿Su malestar ha empeorado? Sí No Es Constante Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta condición o algo similar en el pasado? Sí No

Explique: _____

¿Un médico lo ha tratado por esta condición? Sí No

¿Que médico? _____

Donde: _____

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente? Sí No

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

3 tres

CONTINUA AL DORSO

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____
Parentesco: _____
Teléfono de la Casa: _____ Y del trabajo: _____
Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MEDICA

- Que Medicamentos está Tomando:** Píldoras para los nervios
 Analgésicos (Incluyendo aspirina) Relajantes de músculos Estimulantes
 Anti-Coagulantes Tranquilizantes Insulina Otros _____
- ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón/Marca Paso | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV+ | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster o Culebrilla | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cuello | <input type="checkbox"/> Enfisema/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, frecuente/severo | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Úlceras/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Desmayos/Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Huesos o coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis |

Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido: _____

Enumere sus alergias: _____

Enumere previas operaciones/tratamientos y fechas: _____

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso: _____

Historia Médica Familiar: _____

¿Usted fuma? No Sí ¿Cuanto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Usa calzado ortopédico? _____

¿Cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Es cómodo? Sí No

PARA MUJERES: ¿Toma la pildora anticonceptiva? Sí No

¿Está embarazada? No Sí ¿Cuántos meses? _____ ¿Está Lactando? Sí No

5 cinco

6 seis

SU CUENTA

Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

#SS: _____

#de Licencia: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Como Desea Pagar: Efectivo Cheque

Tarjeta de Crédito (si es aceptada) _____ / _____

FIRMA Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto se ofrece en ésta oficina).

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al término de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos por agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET.

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 1SMCA1 copyright ©2005

TABLA DE DOLOR

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Número de Archivo: _____

Su peso: _____ Libras Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas

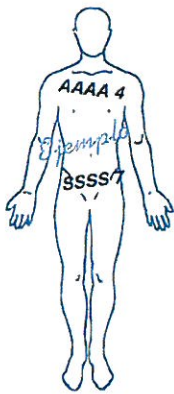
Por favor describa su condición:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

MUESTRENOS A DONDE LE DUELE

Por favor señale las áreas donde está lesionado(a) o tiene dolor, así como muestran las figuras de abajo. Marque todas las áreas con el símbolo apropiado e indique el grado de dolor usando la escala del 1 (malestar) al 10 (estremadamente doloroso). Marque con un círculo las áreas de dolor que no están representadas por ningún símbolo.

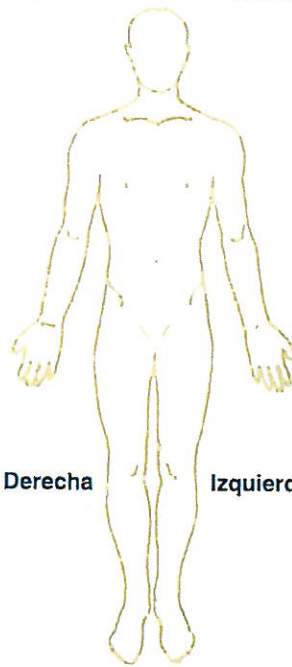
| | | | | | |
|---------------|------------|--------------------|-------|-------|-----------|
| Descripción → | Insensible | Hormigueo y agujas | Ardor | Dolor | Pinchazos |
| Símbolo → | NNNN | PPPP | BBBB | AAAA | SSSS |



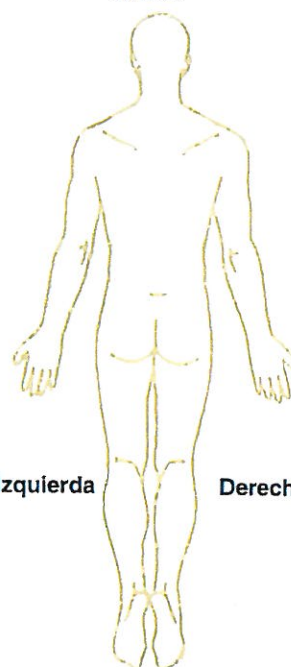
Ejemplo



Lado Derecho



Frente



Espalda



Lado Izquierdo

Derecha

Izquierda

Izquierda

Derecha

NOTAS DEL DOCTOR

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 2S-CHIRO © 1996

SMART Spine Institute & Surgery Center

Richard Sayegh, D.C., QME, CMUA • Eduardo E. Anguizola, M.D., QME • Harry Wurmsdobler, D.C., QME

Consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud para el tratamiento y las operaciones de pago o la asistencia sanitaria

Nombre _____

Fecha De Nacimiento _____ seguridad social _____

Yo entiendo que como parte de mi salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro

Entiendo que esta información sirve como:

- * Una base para planear mi cuidado y tratamiento,
- * Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- * Una fuente de información para aplicar mi diagnostico y tratamiento de la información a mi cuenta de un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente prestados.
- * Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad de la atención y revisión de la competencia de los profesionales de la salud,

Entiendo que tengo el derecho:

- * Para oponerse al uso de mi información de salud para la guía.
- * Para solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud y que la organización no está obligada a aceptar la restricción solicitada.
- * Para revocar este consentimiento por escrito, excepto o la medida en que la organización ya ha tomado medidas en relación a lo mencionado.

Si usted tiene alguna pregunta, respecto de este formulario por favor informe al administrador de privacidad y para su comodidad, también hemos proporcionado información adicional en nuestra área de recepción.

Firma del paciente o representante legal

fecha

testigo

3131 Santa Anita Ave., Suite 106
El Monte, CA 91731
office: (626) 444-1676
fax: (626) 445-5155

www.SportsChiro.com

131 East Huntington Drive
Arcadia, CA 91006
office: (626) 445-0326
fax: (626) 445-5155

SMART Spine Institute & Surgery Center

Richard Sayegh, D.C., QME, CMUA • Eduardo E. Anguizola, M.D., QME • Harry Wurmsdobler, D.C., QME

PODER NOTARIAL DE ENDOSOS

Sepa que todos los hombres por éstos presentan: que el abajo firmante haya hecho designado y constituido _____, D.C. / S.M.A.R.T. Spine Institute and Surgery Center, y por éstos presentan hace realmente por este medio y constituye, y sus debidamente agentes oficiales para ser el abogado verdadero y lawfull del abajo firmante para y de nombre del abajo firmante, plac, y lugar a endors, alguno y todos los controles, esbozos o giros postals que son hechos pagaderos al abajo firmante solo o al abajo firmante y, que comprueba, _____, D.C. / S.M.A.R.T. Spine Institute and Surgery Center redacta, dinero oders deben pagar para servicios médicos realizados por, _____, D.C. / S.M.A.R.T. Spine Institute and Surgery Center o cualquier empleado de la clínica dicha a petición de o con el conocimiento y la aprobación del abajo firmante y/o el fabricante del control, giro postal o preliminar.

El abajo firmante por éstos presenta da realmente así y concede a _____, D.C. / S.M.A.R.T. Spine Institute and Surgery Center como el abogado el poder lleno y autoridades hacer y realizar todos y cada acto y cosa independientemente de necesario y necesario de ser hecho en y sobre el local tan totalmente a todos los efectos como el abajo firmante podría o podría hacer para presentar personalmente en tanto que la aprobación y cobrar en efectivo de controles dichos están preocupados.

El abajo firmante ratifica realmente por este medio y confirma alguno y todas las acciones tomadas por dicho abogado de acuerdo con esta procuración especial y que dicho abogado hará de la causa para ser hecha en virtud de éstos presentan.

En fe de lo cual el abajo firmante ha puesto al presente sus manos, este los días _____ del _____ 20 ____.

El Nombre del Paciente _____

La Firma del Paciente _____

Atestiguado Por _____

S.M.A.R.T. Spine Institute

OUT OF NETWORK POLICY

Thank you for choosing us for your healthcare needs.

The S.M.A.R.T. Spine Institute may choose to bill your insurance as an out of network provider. What this means to you is that on occasion, your insurance company may issue payment to you (or the insured party), for services rendered here at our facility. If this occurs we ask that you bring us the original check, along with the Explanation of Benefits that is enclosed with that check.

You may also endorse the back payable to S.M.A.R.T. Spine Institute and mail it in to us. You may also deposit the check into your personal account and then send us a personal check for the same amount. If you choose either of these options, please remember to include a copy the Explanation of Benefits that corresponds to the check amount.

If you have any questions, please feel free to contact:

Isabel or Amairini in the billing Department at (626) 445-0326

Thank you for our understanding in this matter.

I understand and agree to this policy: _____

Witness: _____

S.M.A.R.T. Spine Institute Employee

Dated: _____

INFORMED CONSENT

PATIENTS REQUEST FOR CHIROPRACTIC AND/OR PHYSIOTHERAPY CARE

Dear Patient, we would like to personally welcome you to our clinic. This notice is to advise you that every type of health care delivery system, including chiropractic care, has some associated risks and the potential for occasional problems of some kind. These problems can include temporary soreness, sprain-strain, bruising, burns, fractures, dislocations, disc injuries, stroke, etc. In considering these issues, remember that human's and their injuries are unique, and treatment that might be very effective for one person might not be as effective for another person. While we are committed to providing you with the best and safest treatment possible, we also have a legal responsibility to advise you about some very rare but potential problems that can occur with chiropractic care and/or physiotherapy. **Before you start your treatment, you need to review this information which is called your "informed consent."** No treatment can begin until you have reviewed, this document authorizing treatment based on your informed consent. Please feel free to discuss any questions or concerns that you may have directly with the Doctor before any treatment at our office.

Remember, we always have time to talk with you about any concerns or questions.

_____ **Disc Herniations:** Non-surgical disc injury problems are frequently and successfully treated by skilled chiropractors. Occasionally, chiropractic treatment may aggravate a preexisting disc problem. Very rarely, chiropractic care may cause a disc problem to flare-up or even worsen, especially if the disc is already severely damaged before treatment began.

_____ **Soft Tissue Injury:** This term refers to injured muscles; tendons; ligaments; cartilage (and their attachments to bone); blood vessels; and nerves. At times, these tissues (or scar tissue) may be stretched, resulting in temporary pain.

_____ **Rib Fractures:** Rarely, chiropractic adjustments may crack a rib bone. This risk is increased in the elderly osteoporotic patient. We adjust all of our patients carefully, and especially our older patients to minimize this risk.

_____ **Burns:** Some of our physiotherapy equipment and/or modalities (hot packs, ice, ultrasound, etc.) work by generating heat or cold. Therefore, it is possible for a patient to be burned (by heat or ice) if they do not follow instructions or misuse the equipment. Usually, these are minor problems but they can cause temporary redness, some swelling and mild pain for a few days.

_____ **Soreness:** Chiropractic adjustments, traction, massage, stretching exercise, etc., all have the possibility of making a patient sore, on a temporary basis.

_____ **Stroke:** Stroke from chiropractic care is VERY uncommon. If you have a history of atherosclerosis, please advise doctor.

_____ **Other Problems:** There may be problems or complications that might arise from chiropractic treatment or physiotherapy, other than those described herein. These "other problems or complications" occur so infrequently that it is not possible to anticipate them, predict them or explain them all in advance of starting treatment.

If any problem starts to develop, please advise the doctor.

Disclaimer: Chiropractic is a health care delivery system, and as with any health care delivery system, we **do not** and **can not** promise or guarantee to cure any specific symptom, disease or condition.

Doctors Signature

Patient's Signature

Today's Date

