

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Cargador de Servicio: Sprint Verizon AT&T Boost **Preferencia:** Casa Celular

Correo Electrónico _____

Le gustaría recibir nuestra mensajera o ofertas especiales y eventos por correo electrónico? Si No

Seguro Social _____ Fecha De Nacimiento _____ Estado Civil: S C D V

Como fueron referidos a nuestra Oficina? _____, Podemos darles gracias? Sí No

Doctor de Cabecera _____ Número Telefónico _____

Nos da permiso para contactar a su Doctor de Cabecera? Si No

Empleador _____ Numero Telefónico _____

Estatus de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Otro

Contacto De Emergencia _____ Numero Telefónico _____

Información de Seguro Médico:

Seguro Primario: _____ ID# _____

Seguro Secundario: _____ ID# _____

Si su visita está relacionada con un accidente de automóvil o de trabajo por favor proporcione la siguiente información:

Nombre Seguro de Auto/Compensación de Trabajadores: _____

Fecha de Accidente: _____ Numero de Reporte: _____

Yo, instruyo a Young Chiropractic and Rehabilitation Center que cobrar los servicios proveídos a mi persona al seguro médico/Compensación de Trabajador después de cada visita como asignado directo de mis derechos y beneficios bajo mi póliza. Si mi póliza prohíbe pago directo al doctor, yo también instruyo a dirijo a mi seguro médico/seguro de responsabilidad a hacer los cheques a Young Chiropractic y mandarlos a 9825 Giles Rd, Suite F, La Vista, NE 68128. En el evento que el seguro no pague; Young Chiropractic and Rehabilitation Center tiene el derecho a cobrar los servicios a mi seguro médico o a mi persona. Y entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-seguro, co-pago, o servicios no cubiertos o negados por parte del seguro. *Yo también autorizo la liberación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, ajustador o abogado involucrado en mi caso.

Yo el/la paciente e proveído toda la información necesaria a Young Chiropractic & Rehabilitation Center para asegurar el pago puntual y al firmar me responsabilizo a notificar de algún cambio de información.

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

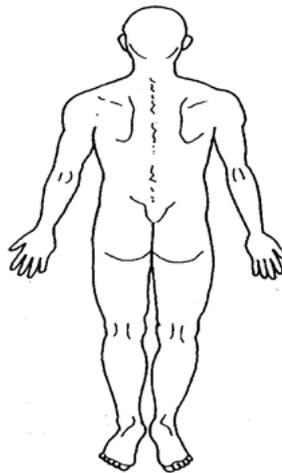
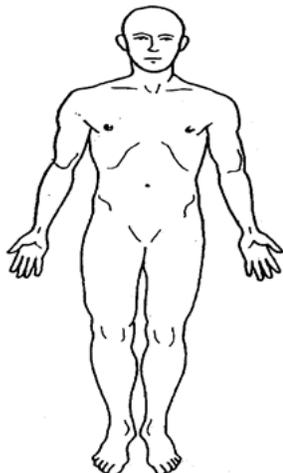
Yo doy permiso a usar mi nombre en la mensajera para pacientes y en los boletines de la oficina para propósito de anuncios y agradecimientos por referir pacientes.

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
 Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

1. Problema Principal: Propósito de esta cita: _____
2. Que te impide hacer o disfrutar? _____
3. Ha tenido alguna vez los mismos síntomas o condición similar? Sí No
 Cuando fue la primera vez que noto los síntomas? _____
 Han empeorado los síntomas? Si No Igual Mejor Peor
 Explique _____
 Como calificara el dolor? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 siendo el más grave)
4. Cuál es la frecuencia del dolor? Constante Diario Intermitente Anochecer
 Cuánto dura? Todo el día Unas Horas Unos Minutos
 Cuando es peor el dolor? En la mañana En la Tarde Progresivo durante el día No Cambio
5. Ay alguna otra condición o síntoma cual puede estar relacionado con el problema principal?
 Explique _____
 a) Ay alguna condición no relacionado a su problema principal? Si No
 Explique _____
6. Describa su dolor: *Dolor Agudo *Dolor Leve *Adormecido * Hormigueo *Molestia *Ardor
 *Cuchillazo *Otro _____
7. Ay algo que pueda hacer que alivie el dolor? Si No Explique _____

8. Que hace peor el problema principal? *Estar Parado *Sentado *Acostado *Agacharse
 *Levantando/Sopesando *Volteando *Otro _____
9. Liste algún otro accidente grave que haiga tenido que no haiga mencionado previamente:



- Dibuje con los símbolos donde siente los síntomas**
- >>> Dolor
 - ~ ~ ~ Alfileres y Agujas
 - /// Ardor
 - 000 Punzadas
 - ^^^ Irritado
 - ### Adolorido

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
 Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

| Historia Medica Personal | | |
|---|---|---------------------|
| Indique algún problema médico con el que usted fue diagnosticado por un Medico | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Tumor Cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Crónica <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| Indique todos los medicamentos recetados y/o medicamentos de venta libre (incluyendo vitaminas) | | |
| Nombre de Medicamento | Dosis | Frecuencia de Dosis |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Alergias a Medicamentos | | |
| Nombre de Medicamento | Reacción Alérgica Ocasionada | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Cirugías y/o Hospitalizaciones | | |
| Año | Razón | Hospital |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Enfermedades De Niñez: | <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio | |

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
 Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

| | |
|------------------------------|---|
| Exámenes Previamente Hechos: | <input type="checkbox"/> Angiografía por catéter <input type="checkbox"/> Cardiograma <input type="checkbox"/> Tomografía (TAC) <input type="checkbox"/> Análisis de Sangre <input type="checkbox"/> Cultivos <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética (IRM) <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Electroneurografía (VCM) <input type="checkbox"/> Electromiografía (EMG) |
|------------------------------|---|

Fecha de su último examen físico:

Historial Familiar

| Pariente | Edad | Causa de Muerte/Problema de Salud | Pariente | Edad | Causa de Muerte/Problema de Salud |
|--------------|--|-----------------------------------|------------------|--|-----------------------------------|
| Padre | | | Hijo/a(s) | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| Madre | | | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| Hermano/a(s) | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Abuela (Materna) | | |
| | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Abuelo (Materno) | | |
| | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Abuela (Paterna) | | |
| | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Abuelo (Paterno) | | |

Historial Social

| | |
|-----------------------------------|---|
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a |
| Resido con: | <input type="checkbox"/> Vivo Solo/a <input type="checkbox"/> Vivo con mi Cónyuge y/o familia <input type="checkbox"/> Vivo con _____ |
| Consumo de Alcohol | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casual (<5/semana) <input type="checkbox"/> Moderado (5-10/Semana) <input type="checkbox"/> Excesivo (>10/Semana) |
| Consumo de Cafeína | <input type="checkbox"/> <3 bebidas/día <input type="checkbox"/> 3-6 Bebidas/día <input type="checkbox"/> >6 bebidas/día |
| Uso de Tabaco | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Fumador/a casual <input type="checkbox"/> Fumador/a Actual <input type="checkbox"/> Ex Fumador <input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar |
| Consumo de Drogas Ilícitas | Actualmente usa alguna droga ilícita o drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | Alguna vez ha usado alguna droga ilícita o drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ejercicio | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Nadar |
| Ocupación | <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado Ocupación: _____ |

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
 Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

| Reviso de Sistemas Corporales | |
|---|--|
| Recientemente ha sufrido de algunos de los siguientes síntomas? | |
| General | <input type="checkbox"/> Cambio de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofrió <input type="checkbox"/> Debilidad |
| Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza -Localizado _____ -Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Trauma a la Cabeza |
| Ojos | <input type="checkbox"/> Vista borrosa <input type="checkbox"/> ojos llorosos <input type="checkbox"/> Pérdida de visión reciente |
| Oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareos |
| Respiratoria | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento <input type="checkbox"/> Toz <input type="checkbox"/> Sibilancias |
| Cardiaca | <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Murmullos <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho |
| Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Sangre en el Excremento |
| Vascular | <input type="checkbox"/> Hinchazón de Piernas <input type="checkbox"/> Calambres de Piernas <input type="checkbox"/> Dolor de Piernas al Caminar |
| Muscular | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Problemas de Balance <input type="checkbox"/> Dolor de Coyunturas <input type="checkbox"/> Artritis Gotosa |
| Neuro | <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| Endocrino | <input type="checkbox"/> Aumento de Sed <input type="checkbox"/> Aumento de Orinar <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides <input type="checkbox"/> Diabetes |
| Psicológico | <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés Alta <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria |

Renuncia de Embarazo

Yo, _____ reconozco que el Dr. Peter K. Young D.C. de Young Chiropractic and Rehabilitation Center me ha informado antes de ser radiografiada del posible riesgo y las posibles consecuencias de la recepción de rayos x durante el embarazo. He declarado sobre mi propio conocimiento que no estaba embarazada en el momento y por lo cual deseo liberar y eximir de cualquier acción legal o responsabilidad causada por el uso de este procedimiento.

Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Consentimiento De Tratamiento

Yo, _____, al venir al Medico Quiropráctico, doy permiso y autoridad al doctor de cuidarme y tratarme conforme al diagnóstico revelado en los exámenes y análisis quiroprácticos. El ajuste quiropráctico y/otro procedimiento/tratamiento clínico usualmente benefician al paciente y rara vez causan problemas. En casos raros, en caso de defectos físicos, deformidades, o patologías podrían rendir el paciente sucesible a heridas. El doctor no proporcionara ningún procedimiento/tratamiento/cuidado al paciente si esta consiente en que el procedimiento/tratamiento/cuidado al paciente podría ser contra-indicatorio. Una vez más es la responsabilidad del paciente informarle al doctor de cualquier padecimiento que sufra incluyendo y no limitado a: defectos patológicos latentes, enfermedades, o deformidades cual sin notificación el doctor no tendría conocimiento de su condición(es). El Doctor Quiropráctico proporciona una especialidad, cual los servicios de cuidado de salud no son duplicables. Su Doctor Quiropráctico tiene licenciatura en una práctica especializada y puede trabajar en conjunto con otros tipos de proveedores médicos en su régimen de cuidado de salud.

Yo entiendo que si soy aceptado/a como paciente por el doctor en Young Chiropractic and Rehabilitation Center, estoy dando autorización para proceder con cualquier tratamiento que sea necesario. Además, cualquier riesgo involucrado los tratamientos quiroprácticos serán explicados a mi solicitud.

Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

Fecha

**Aviso sobre prácticas de privacidad
HIPAA and PHI**

El abajo firmante da reconocimiento de su recibimiento de una copia de parte de nuestra oficina del aviso sobre prácticas de privacidad en conformidad con HIPAA y ha sido avisada que una copia completa del Manual de Pólizas en Conformidad con HIPAA están disponible por solicitud.

El abajo firmante da reconocimiento al uso de su información médica en conformidad con el Manual de Pólizas en Conformidad con HIPAA, prácticas de privacidad en conformidad con HIPAA, Leyes Estatales y Federales.

Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

Fecha

Young Chiropractic & Rehabilitation Center
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire
Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Que Esperar Después De Su Primer Ajuste

Lea Detenidamente la siguiente información. Firme la parte inferior de la hoja para indicar que comprendo las instrucciones y la información.

1. Si nunca han sido ajustado, o si ha pasado mucho tiempo desde el último ajuste, puede experimentar dolor o molestia por unas horas o unos pocos días. Esta es una reacción normal a los ajustes de quiroprácticos.
2. Si estas adolorido(a), puede utilizar hielo en la zona afectada. Terapia de hielo consiste en el uso de pequeños paquetes de hielo en intervalos de 20 minutos, seguido por 30 minutos de descanso. Esto puede repetirse tantas veces como sea necesario. No aplicar hielo directamente sobre la piel. Siempre proteja la piel con una cubierta delgada como una cubierta delgada como una camisa o una toalla delgada. Cubra el hielo con un paño grueso para conservar el frío.
3. No use calor excepto bajo instrucciones del médico. Calor puede agravar su lesión.
4. Manténgase alejado de trabajo pesado o movimientos repetitivos hasta que el medico indique que está listo para las actividades normales. Vigorosas actividades deportivas como correr, levantamiento de pesas, aeróbicos, básquetbol, tenis, esquí, etc. deben evitarse. Otras cosas para evitar son trabajos como rastrillar, excavación, levantar objetos pesados como mandado, mascotas y niños y cualquier otra actividad que podría agravar o volverá empeorar su condición.
5. Solo que lo indique el médico, puede volver al trabajo y a la escuela después de su cita.
6. Si un movimiento brusco causa dolor agudo o grave, o si experimenta inflamación, póngase en contacto con la clínica al teléfono 402-339-2283. Después de horas, de oficina por favor deje mensaje y le regresaremos su llamado durante horas de clínica. En caso de Emergencia por favor valla a el hospital o llame al 911.

He leído y entendido las instrucciones dadas para el seguimiento de mi tratamiento.

Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

Fecha