

Maloney Chiropractic Clinic

2525 E. Thomas Rd. Ste. #1 | Phoenix, AZ 85016

Tel. (602)955-2858 | Fax (602)955-5522

Fecha De Hoy: ___/___/___

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Apellido

Nombre

2nd Nombre

Seguro social: _____ FDN: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Mes

Dia

Año

Nombre preferido: _____ Sexo: Masculino / Femenina

Direccion: _____ Apt. /Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Celular: _____

Correo Electronico: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Desde cuando? _____

Tel. trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)

Nombre del conyuge: _____

Tiene Hijos? Si / No Si? Cuantos? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Tel: _____ Relacion: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

#ID de la póliza: _____

SS # de póliza: _____

Grupo # de póliza: _____

Relación con el titular de la póliza: _____

RECONOCIMIENTO

➤ Te invitamos a discutir con nosotros alguna pregunta acerca de nuestros servicios. Los mejores servicios de salud se basan en una comprensión amistosa y mutua entre el proveedor y el paciente.

➤ Nuestra política requiere el pago total de todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que otros arreglos se han hecho con el gerente.

➤ Entiendo la información anterior y garantizo esta forma se completó correctamente a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina que se producen cambios en la información que he proporcionado.

Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha: ___/___/___

Maloney Chiropractic Clinic

2525 E. Thomas Rd. Ste. #1 | Phoenix, AZ 85016

Tel. (602)955-2858 | Fax (602)955-5522

HISTORIAL DE SALUD

Estatura: _____ Pies Peso: _____ lbs. Usa la mano: Derecha / Izquierda

Ultima visita al Quiropractico: _____

Razon por la visita? _____

Medico Primario: _____ Tel #: _____

Ultima visita al Medico Primario: _____

Razon por la visita? _____

Historial médico previo: _____ Cuando?

Historial quirúrgico: _____ Cuando?

Historial de salud familiar: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Colesterol: Si / No

Medicamentos: Si / No

Diabetes: Si / No

Medicamentos: Si / No

Alta Presion Sanguinea: Si / No

Medicamentos: Si / No

Enfermedad del corazón: Si / No

Medicamentos: Si / No

Cancer: Si / No

Qué tipo de cáncer? _____

Anticoagulantes: Si / No

Fuma? Si / No / Antes

SOLO MUJERES

Estas embarazada? Si / No

Fecha de la última menstruación? _____

Nunca: _____

Embarazos? Si / No Si? Cuantos? _____

Anticonceptivos orales? Si / No

Firma del Paciente o Guardian: _____ **Fecha:** ____/____/____

Maloney Chiropractic Clinic

2525 E. Thomas Rd. Ste. #1 | Phoenix, AZ 85016

Tel. (602)955-2858 | Fax (602)955-5522

POR FAVOR COMPLETAR

Los síntomas están relacionados con: Accidente de auto / Lesión de trabajo/ Otro: _____

Cuando empezó? _____

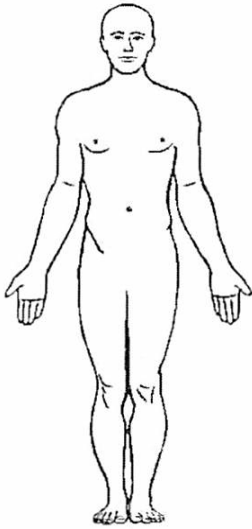
¿Ha sido tratado por otro médico? Si/ No Cuando? _____

Si es así, quién? _____ #Tel. : _____

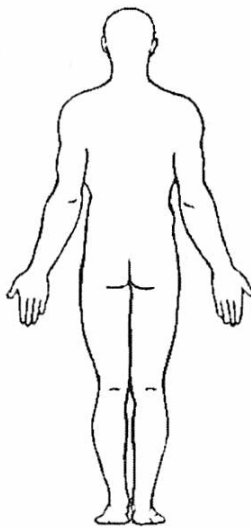
¿Está mejorando? Si/ No

¿Ha perdido el tiempo de trabajo? Si/ No Si es así, ¿Cuántos días? _____

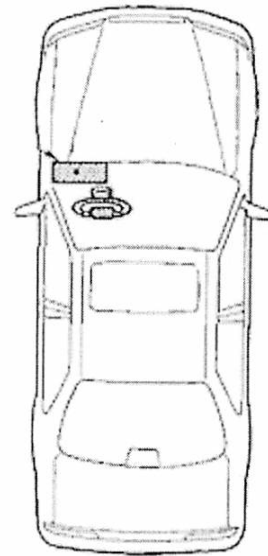
Explique cómo sucedió el accidente/choque: _____



FRONT/ FRENTE



BACK/ESPALDA



Por favor marca una X en las áreas donde tienes dolor (es):

Por favor marca una X en las áreas donde tu vehículo fue impactado/ o dañado.

Nombre: _____

Firma del Paciente o Guardian: _____ **Fecha:** / /

Maloney Chiropractic Clinic

2525 E. Thomas Rd. Ste. #1 | Phoenix, AZ 85016

Tel. (602) 955-2858 | Fax (602) 955-5522

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Yo solicito y doy consentimiento a recibir ajustes y otros procedimientos quiroprácticos incluyendo varios modos de terapia física y radiografías diagnosticas (si es necesario) para mi o mi dependiente (por el cual yo soy responsable) por parte del Dr. Patrick Maloney, D.C. y otros doctores quiroprácticos empleados por la clínica del Doctor Maloney, en este momento y en tratamientos en el futuro siempre y cuando ellos estén empleados por la clínica, trabajando con el o cubriendo temporariamente al Dr. Maloney. Yo entiendo que tengo la oportunidad de discutir con el Dr. Maloney, o cualquier doctor en esta clínica que me este tratando, sobre mi diagnosis, el origen y propósito de los ajustes quiroprácticos además de otros procedimientos y alternativas. Yo entiendo y estoy informado que en la practica quiropráctica hay algunos riesgos al examinar y al dar tratamiento incluyendo pero no limitado a: dolor, inflamación, mareos, quemaduras y empeoramiento temporario de los síntomas. Efectos mas serios como accidentes cerebro-vasculares son raros pero puedo ser informado a petición mía. Yo no espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones así que estoy dispuesto a depender que el doctor ejercite su juicio durante el curso del procedimiento basado en los hechos conocidos en ese momento y en mi bienestar. Además reconozco que no hay garantías o aseguranza hechas a mi concerniente al intento de los resultados del tratamiento.

Nombre del Paciente: _____

FILE #: _____

Firma del Paciente o Guardián: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Llamadas De Citas, Sala de Tratamiento Abierto E Información Sobre la Salud (HIPPA)

Este aviso describe como información quiropráctica y medica acerca de usted podría ser utilizada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información.

Con el propósito de asistirle en la sumisión de sus cobros de cuidado medico con el fin de obtener pago, Maloney Chiropractic Clinic y personal de esta clínica podrían tener necesidad de revelar su nombre, dirección, y numero de teléfono, información sobre su cuenta y expediente medico a personas afuera de la oficina del doctor. Al firmar esta dando permiso a esta clínica de revelar cualquiera información contenida en su expediente. Al firmar también esta dando autorización de que se pueda revelar información al grupo o grupos responsables del pago de sus servicios y a cualquier agencia Estatal o Federal que pudiese interceder en su favor o pida documentar su caso o demanda.

Maloney Chiropractic Clinic y miembros de esta practica podrían usar su nombre, dirección, numero de teléfono, y expediente medico para localizarlo en caso de tener que recordarle de sus citas, información sobre tratamientos alternativos u otra información relacionada con la salud que pudiese interesarle a usted. Firmando esta forma nos da autorización de localizarlo por teléfono y dejar un mensaje con un miembro de la familia o dejar un mensaje en su maquina contestadora sobre estos recordatorios e información perteneciente a su caso.

Usted tiene la opción de restringir a los individuos u organizaciones por las cuales sea distribuida su información o puede revocar su autorización en cualquier momento, siempre y cuando sea por escrito y enviada por correo a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de no otorgar esta autorización y si así fuese esto no afectaría el tratamiento que nosotros proveemos o los métodos que usemos para obtener remuneración por su tratamiento.

Nosotros ofrecemos cuidado al paciente en un espacio abierto con otros pacientes en el mismo cuarto y ocasionalmente comentamos sobre su condición y progreso.

Yo, _____ autorizo que se utilice o revele mi (o la de mi dependiente) información medica en la manera descrita, y también entiendo que puedo obtener copia de esta forma si así lo requiero.

Nombre del Paciente: _____

FILE #: _____

Firma del Paciente o Guardián: _____

Fecha: ____ / ____ / ____