

Infinite Wellness, Inc.
Forma de Información Personal

Fecha _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____
Correo Electrónico: _____
Estado Civil: Casad@ Solter@ Viud@ Divorciad@ Hijos Si / N # _____

Occupación _____ Nombre del empleo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Contacto De Emergencia _____ Teléfono del contacto _____
Relación con el paciente: (Padres Esposa Otra Relación Amiga)
Quien lo refirió? (circule): Internet – Website / Directorio del Seguro Médico / Otro Doctor / Amigo/Pariente
Nombre _____

Cuál es la razón de su visita? _____
Haz visto algún otro doctor o quiropráctico para este problema? Si / N Cuál? _____

Esta visita es el resultado de un accidente de automóvil o en el trabajo? Si / N Cuál? _____
Si su visita está relacionada con cualquiera de estos vamos a necesitar una forma de compensación de trabajadores de su empleador, o un informe de accidente, y la información del seguro del otro conductor del vehículo que se encontraban en un accidente con . Si usted ha hablado con un procurador entonces necesitará la información de contacto de su abogado.
Nombre del abogado: _____ Ley Firm Title: _____

PAGO SEGURO INFORMACIÓN

Está usted asegurado? Si / N (Si si nesicitamos una copia de su tarjeta) Nombre del portador: _____
Eres el asegurado o dependiente? (Esposa del marido / Niño)
Nombre del asegurado: _____ asegurados DOB: ____/____/____
Empleador del asegurado: _____ Dirección: _____
Cantidad de co-pago por visita? \$ _____ Percentage: ____/____ %
Tienes un deducible? Si lo monto \$ _____ Lo has conocido para esta año? Si / N
Es el límite de seguro el número de visitas a la oficina que tiene en un año? Si / N Número: _____

CON EL FIN DE MANTENER NUESTRA OFFICINA DEL ARRIBA HACIO ABAJO Y MANTENER NUESTROS HONORARIOS PACIENTE RAZONABLE, ESPERAMOS PAGO AL FINAL DE CADA TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES DE LA CAJA Y EL COPAGO PARA LOS PACIENTES DE SEGURO REGULAR.

Infinite Wellness, Inc. proporcionará servicios de facturación seguros para usted si así lo desea como una cortesía.

Recuerde que usted es responsable por cargos incurridos en nuestra oficina. Es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, copago de seguro o cualquier otro saldo no pagado por su compañía de seguros. Con su firma usted acepta pagar cualquier factura excepcional en nuestra oficina y por este medio que toda la información anterior es veraz y exacta a lo mejor de su conocimiento.

Firma del responsable (Padre / Madre o Paciente): _____

Fecha: ____/____/____

Infinite Wellness, Inc. 2015
817 N. Smithfield Rd.
Knightdale NC 27545

Infinite Wellness, Inc.

Forma historial médico pasado y presente

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

Condiciones actuales		Condiciones último		Año
<input type="checkbox"/>	Tengo frecuentes dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/>	Tengo un historial de ataques al corazón	
<input type="checkbox"/>	Contusión fácilmente / sanan lentamente	<input type="checkbox"/>	He tenido un accidente cerebrovascular	
<input type="checkbox"/>	Tengo un trastorno de tiroides / suprarrenal	<input type="checkbox"/>	Tengo una historia de la gota / psoriasis	
<input type="checkbox"/>	Tengo artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	Tengo escoliosis / spondylolesthesis	
<input type="checkbox"/>	Me han dicho que tengo osteoartritis	<input type="checkbox"/>	He tenido cirugía espinal	
<input type="checkbox"/>	Me han dicho que tiene osteoporosis	<input type="checkbox"/>	He tenido otras cirugías comunes	
<input type="checkbox"/>	Tengo convulsiones	<input type="checkbox"/>	Tenía convulsiones en el pasado (último)	
<input type="checkbox"/>	Tengo y estoy recibiendo tratamiento para el cáncer	<input type="checkbox"/>	He tenido cáncer	
<input type="checkbox"/>	Actualmente soy fumador	<input type="checkbox"/>	Solía fumar	
<input type="checkbox"/>	Soy diabético	<input type="checkbox"/>	Estaba en un auto / accidente de trabajo	
<input type="checkbox"/>	Estoy en medicamentos para problemas vasculares	<input type="checkbox"/>	He tenido mama cirugía de implante	
<input type="checkbox"/>	Estoy actualmente embarazada	<input type="checkbox"/>	He tenido partos cesárea	

Huesos rotos / procedimientos quirúrgicos – por favor indique el área y año

Nunca he tenido alguna fractura de huesos

Nunca he tenido cualquier procedimiento quirúrgico

Región

Año

Región

Año

Por favor, compruebe sus síntomas actuales

Estoy aquí sólo para el cuidado del bienestar

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Rigidez/dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> Rigidez/dolor en espalda media |
| <input type="checkbox"/> Rigidez/dolor en espalda baja | <input type="checkbox"/> Dolor en la cadera | <input type="checkbox"/> Dolor del hombro / rigidez |
| <input type="checkbox"/> Dolor de codo | <input type="checkbox"/> Dolor de tobillo/pie | <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca/mano |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares, dolor | <input type="checkbox"/> OTRA: (describa) | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Tingling (ubicación) _____ |
- De estos, que síntoma es su **principal preocupación?** _____

Síntoma / Descripción del dolor:

(Por favor circule las que apliquen)

Dolor de corte	tirando	hormigueo	rígido	molesto	ardor	entumecimiento de	Disparos
Dolor punzante	separarse profundo	dolor agudo	palpitando	punzante	irradiando	debilidad	

Has visto a un quiropráctico para esta o cualquier otra condición? Si / N (si sí: año): _____

Clínica nombre: _____ problema visto por: _____

Usted está tomando las medicaciones actuales

No estoy tomando medicamentos

- | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Relajantes musculares | <input type="checkbox"/> Zoloft / Paxil / Effexor | <input type="checkbox"/> Lisinopril | <input type="checkbox"/> Gabapentin | <input type="checkbox"/> Allegra |
| <input type="checkbox"/> Narcóticos para el dolor | <input type="checkbox"/> Prozac / Welbutrin | <input type="checkbox"/> Tramadol | <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Lunesta |
| <input type="checkbox"/> Medicamento para el corazón | <input type="checkbox"/> Lyrica | <input type="checkbox"/> Hydro/Oxycodone | <input type="checkbox"/> Lortab | <input type="checkbox"/> Insulin |
| <input type="checkbox"/> Aspirin / Tylenol / Advil | <input type="checkbox"/> Lipitor | <input type="checkbox"/> Vicodin / Percocet | <input type="checkbox"/> Zyrtec | <input type="checkbox"/> Singulair |
| <input type="checkbox"/> Otros antiinflamatorios | <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Prednisone | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Ritalin |
| <input type="checkbox"/> Synthroid / Levothyroxine | <input type="checkbox"/> Cymbalta | <input type="checkbox"/> Ambien | <input type="checkbox"/> Prilosec | |
| <input type="checkbox"/> Control de la natalidad | <input type="checkbox"/> Otros (qué?) _____ | | | |

Firma del responsable (Padre / Madre o Paciente): _____

Consentimiento a la examinación de la quiropráctica y atención

Por la presente autorizo Infinite Wellness, Inc., licenciadas de los doctores y sus asistentes, basados en mis quejas y la historia que os he proporcionado, para realizar un examen y proporcionar un plan de evaluación y el tratamiento que puede incluir ajustes quiroprácticos y otras pruebas y procedimientos considerados terapéuticamente apropiados. Yo también quiero confiar en los médicos de la práctica a tomar esas decisiones sobre mi cuidado, basado en los hechos entonces conocidos, que creen en mi mejor interés.

La naturaleza y propósito de la examinación de la quiropráctica y evaluación, los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos que se pueden recomendar en el transcurso de mi atención han sido explicados y descrito a mi satisfacción.

Al firmar a continuación reconozco mi consentimiento a ser examinados:

Nombre del Paciente

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Paciente

Los detalles de la recomendación del médico se explicó durante un informe de los resultados después de su examen y cualquier examen posterior y cambios significativos en su plan de diagnóstico o tratamiento.

Para ayudar a la comprensión de mi condición y las razones para el curso propuesto de la atención, la práctica ha proporcionado me específicos folletos y otras publicaciones (y vídeos) y médicos de práctica han respondido mis preguntas con respecto a los tratamientos planificados y curso de la atención recibirán. Práctica los médicos también han explicado que mi diagnóstico y los tratamientos pueden cambiar durante el curso de la atención y que me aconsejas de cambios materiales en mis opciones de diagnóstico y tratamiento y responder preguntas adicionales que pueda tener en cualquier momento.

Entiendo y acepto:

- 1. tengo el derecho de retirar o interrumpir el tratamiento en cualquier momento y que los médicos de la práctica de cualquier riesgo material aconsejará en este sentido.**
- 2. que ni la medicina ni la práctica de la quiropráctica es una ciencia exacta y que mi cuidado puede implicar la realización de juicios basados en los hechos conocidos por el médico durante el transcurso de mi cuidado.**
- 3. que no es razonable esperar que el médico ser capaz de prever o explicar todos los riesgos y las complicaciones o un resultado indeseable no necesariamente indican un error de juicio o tratamiento.**
- 4. la práctica no garantiza en cuanto a resultados con respeto cualquier curso de tratamiento o cuidado.**
- 5. mi atención y el tratamiento no pueda ser observados o grabados para cualquier finalidad no terapéutica sin mi consentimiento.**

He leído este consentimiento (o lo han leído) y también eh tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el consentimiento y comprender mi satisfacción el cuidado y tratamiento que pueda recibir. Mi firma abajo reconoce mi consentimiento al examen, evaluación y propuesta curso de cuidados y tratamientos por los médicos de Infinite Wellness, Inc.

Nombre del paciente

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del paciente

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del médico