



APLICACION DEL PACIENTE: MENOR DE EDAD

BIENVENIDO y GRACIAS por confiarnos su(s) hijo(s) al aplicar como pacientes en nuestra clínica. Somos un equipo único, especializado en el estudio, basado en evidencia, del ajuste pediátrico de la columna y rehabilitación de la postura que ha ayudado a infantes, niños y adolescentes que han mostrado inicio temprano en la distorsión de la columna y lesiones que conllevan a problemas de salud en su desarrollo y a lo largo de sus vidas. Es por esto que no aceptaremos a su(s) hijo(s) como paciente(s) hasta tanto tengamos absoluta certeza y conocimiento de las causas de su condición, llevando a cabo las evaluaciones necesarias para establecer un programa de corrección óptimo; completamente seguros de que usted y su(s) hijo(s) han puesto su salud como MAYOR PRIORIDAD.

Nombre de Paciente

Fecha de Aplicación

Información del Paciente

Nombre: _____ (Edad) _____ Género: M F
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono Celular: () _____

Nombre de la Madre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa: () _____
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad _____ Estado Civil S C D V Teléfono Trabajo: () _____
Dirección (si es diferente): _____ Teléfono Celular: () _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo electrónico: _____
Patrono: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa: () _____
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad _____ Estado Civil S C D V Teléfono Trabajo: () _____
Dirección (si es diferente): _____ Teléfono Celular: () _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo electrónico: _____
Patrono: _____ Ocupación: _____

¿Cómo supo de nuestra clínica? _____

Propósito De Su Visita

Razón para su visita: _____
¿Está su visita relacionada con algún accidente o lesión específica (otra en adición a accidente de auto o trabajo)*?
 Sí No *De ser afirmativo, indique cuando: ___ / ___ / ___*

***Si los síntomas de su hijo son resultado de un accidente de auto o trabajo, por favor solicite al personal de nuestra oficina las formas correspondientes.**

Describa el incidente o razón que provocaron los síntomas: _____

Por favor utilice la Gráfica de Síntomas Generales, a la vuelta de la página, para proveer información detallada de los síntomas de su(s) hijo(s).

¿Cuándo comenzaron los síntomas? ___ / ___ / ___ Son: Constantes Intermitentes Relacionados con Actividad

¿Se han agudizado sus síntomas? Sí No Le interfieren con: Escuela Sueño Juagar Rutina Diaria

Explique: _____

¿Qué actividades agravan sus síntomas? _____

¿Hay algo que mejore sus síntomas? Sí No *De ser afirmativo, explique: _____*

¿Ha experimentado su hijo estos síntomas anteriormente? (De no ser accidente de auto o trabajo)? Sí No
De ser afirmativo, explique: _____

¿Con quién se trató? _____ ¿Qué tratamiento se le practicó? _____

¿Cómo respondió su hijo al tratamiento? _____

GRAFICA DE SIMTOMAS GENERALES

Por favor utilice la siguiente leyenda para describir e indicar el tipo y lugar de los síntomas de su hijo en las figuras que aparecen abajo, conforme se relacionan al propósito de su visita de hoy.

A – Dolor

B – Ardor

C – Agujas & Piquetes

D – Punzadas

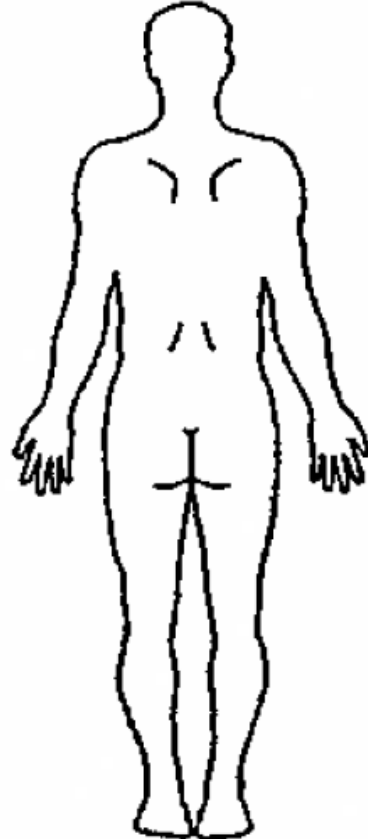
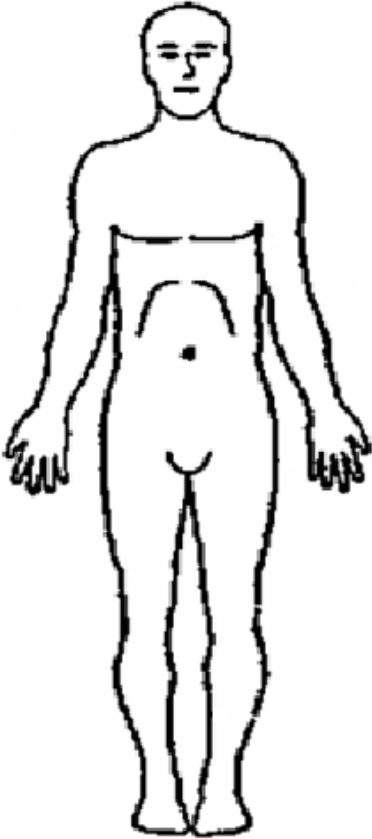
E – Espasmos

F – Tensión/Tieso

G – Adormecimiento

H – Hormigueo

I – Otros



Si marcó o indicó “I” para señalar OTROS síntomas, por favor describa a continuación:

Condiciones de Salud

La columna es la base de salud y fuerza estructural en su cuerpo. Cambios o desplazamientos en las vértebras o secciones de la columna causan debilidad y distorsión en TODAS las áreas de la columna. Estas distorsiones se reflejan en posturas anormales. Estudios recientes demuestran que posturas anormales conducen a dolores crónicos, enfermedades y posiblemente reducen la expectativa de vida.¹ Por favor complete las siguientes preguntas de forma correcta y precisa, de manera que podamos determinar con exactitud la condición de su hijo.

HISTORIAL DE TRAUMAS

La lista de traumas que se presentan a continuación, pueden conducir a la desalineación de las vértebras, lesiones de tejido en las estructuras de soporte de la columna, así como desplazamientos y distorsiones en las curvas y secciones completas de la columna. Por favor marque cualquiera de las siguientes que su hijo haya experimentado (si marcó alguna con asterisco, por favor de una explicación detallada):

- _____ Cayó de una altura de dos (2) pies o más cuando era un infante.
_____ Experimentó alguna caída que le dejara un moretón o bulto/chicón en la cabeza o algún otro trauma*
_____ Una fuerte sacudida cuando era un infante.
_____ Estuvo envuelto en un accidente de auto (si marcó esta opción, por favor solicite al personal la forma correspondiente)
_____ Ha tenido fracturas/huesos rotos o lesiones debilitantes*
_____ Fue un parto difícil (especifique abajo)

Explique selecciones con (*): _____

EXPERIENCIA EN EL PARTO:

¿Cuánto duró el parto? _____

Describa cualquier complicación del parto: _____

Tipo de Parto: Vaginal Cesárea Extracción con Succión Asistencia con "Forceps"

HISTORIAL DE VACUNACION

¿Qué vacunaciones ha recibido su hijo? (por favor indique a que edad y el lugar donde recibió cada una):

1. _____ Edad: _____ Meses Años Lugar: _____
2. _____ Edad: _____ Meses Años Lugar: _____
3. _____ Edad: _____ Meses Años Lugar: _____
4. _____ Edad: _____ Meses Años Lugar: _____
5. _____ Edad: _____ Meses Años Lugar: _____

Por favor indique cuales de las siguientes condiciones ha experimentado su hijo como resultado de una vacunación (indíquelo utilizando el número correspondiente a la vacuna al lado de la condición).

- | | | |
|---|---|--|
| _____ Inflamación, rojizo, caliente/área endurecida | _____ Erupciones en el cuerpo o urticaria | _____ Temperatura Alta (más de 103 grados) |
| _____ Grito agudo | _____ Sueño extremo o no responde | _____ Espasmo corporal o Parálisis |
| _____ Problemas respiratorios (asma, etc.) | _____ Sangrado o Anemia excesiva | _____ No puede mantener firme la cabeza |
| _____ Diarrea excesiva o estreñimiento crónico | _____ Pérdida de memoria/estado confuso | _____ Debilidad muscular |
| _____ Oído crónico o infecciones respiratorias | _____ Distorsiones de Visión o Auditivas | _____ Dolor de coyunturas |
| _____ Cruce de los ojos | _____ Convulsiones | _____ Otro (por favor explique) |

Explique: _____

1. Postural and Degenerative Kyphosis: Freeman JT. Posture in the Aging and Aged body. JAMA 1957, Oct 19: 843-846.

Condiciones de Salud (continuación)...

Área Cervical (Cuello)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión absoluta de la curva cervical que se originan en el cuello o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado su hijo, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los hombros/brazos/manos | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Alergias/Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento/hormigueo (brazos) | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales | <input type="checkbox"/> Resfriados recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Frío en las manos | <input type="checkbox"/> Poca Energía/Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Debilidad en agarre/puño | <input type="checkbox"/> Problemas de Mandíbula/Mordida | <input type="checkbox"/> Condiciones de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cólicos | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos | <input type="checkbox"/> Gripe/Desórdenes Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Hiperactividad/ADD |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Auto Inmunes | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) | |

Explique: _____

Área Torácica (Espalda Superior)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva torácica superior que se originan en la espalda superior o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado su hijo, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones del Corazón | <input type="checkbox"/> Murmuraciones del Corazón | <input type="checkbox"/> Asma/Sibilancia (Pitillos al respirar) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Alta | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios/Falta de Aire | <input type="checkbox"/> Taquicardia (palpitaciones rápidas) |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón/Angina | <input type="checkbox"/> Dolor con Aspiración/Exhalación Profunda | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Pulmonares Recurrentes/Bronquitis/Neumonía | | |

Explique: _____

Área Torácica (Espalda Media)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva torácica-media que se originan en la espalda media o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado su hijo, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la Espalda Media | <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Costillas/Pecho | <input type="checkbox"/> Ulceras/Gastritis | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> Indigestión/Acides | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Problemas del Bazo |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado | <input type="checkbox"/> Cansancio/Irritabilidad después de comer o por comer a destiempo | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) | | |

Explique: _____

Área Lumbar (Espalda Baja)

La desalineación de vértebras individuales o distorsión de la curva lumbar que se originan en la espalda baja o una compensación por las distorsiones en la postura en otras áreas de la columna pueden resultar o provocar muchas condiciones de salud. ¿Ha experimentado su hijo, actualmente o en el pasado, alguno de estos síntomas?

Por favor indique (A) = Actualmente (P) = Pasado al lado de las condiciones que ha experimentado. Indique ambas opciones en caso de que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Caderas/Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Debilidad/Lesiones en Caderas/Rodillas/Tobillos |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento/Hormigueo en Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Infecciones de orina recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia/Dificultad Urinaria | <input type="checkbox"/> Calambres musculares en piernas/pies |
| <input type="checkbox"/> Irregularidades/Calambres Menstruales | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja |
| <input type="checkbox"/> Frio en Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) | |

Explique: _____

Otros

Por favor indique cualquier otra condición de salud anteriormente no descrita: _____

Por favor indique medicamentos que esté tomando (*nombre, dosis, para que condición y por cuánto tiempo lo ha tomado su hijo*):

Por favor indique cirugías realizadas (*indique el tipo de cirugía y la fecha en que se realizó*):

Historial Médico Familiar

Ha sido algún miembro de su familia diagnosticado con alguna de las siguientes: (**Por favor indique "P" para su hijo (Paciente), "F" para Familiar o "A" para Ambos si aplica (si marcó alguna con asterisco, por favor de una explicación detallada)**):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Alergia/Fiebre de heno* | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Apendicitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Moja la cama | <input type="checkbox"/> Problemas de Azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Fracturas/Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Varicelas/Herpes |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulación | <input type="checkbox"/> Colitis/Crohn's | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Soriasis | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Feto expuesto a drogas | <input type="checkbox"/> Alergia por alimentos* | <input type="checkbox"/> Vesícula | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Murmuraciones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad Infecciosa | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Implantes de Metal | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Pleuresía |
| <input type="checkbox"/> Neumonía/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Erupción en la piel | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Células falciformes | <input type="checkbox"/> Viruela |
| <input type="checkbox"/> Espina bifida | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Amígdalas/Anginas |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | <input type="checkbox"/> Tos Ferina | <input type="checkbox"/> Otro* |

Explique selecciones con (*): _____

Experiencia Quiropráctica

¿Ha visitado su hijo un quiropráctico anteriormente? Si No ¿Quién?: _____

Razón de la(s) visita(s) al quiropráctico: _____

Su anterior quiropráctico ¿tomó radiografías antes y después de su tratamiento? Si No

¿Cuál fue el diagnóstico? _____ ¿Le recomendó algún tratamiento en específico? Si No

¿Le recomendó algún programa de Cuidado de Salud en el Hogar? Si No *De ser afirmativo, ¿Cuál?* _____

¿Por cuánto tiempo se trató su hijo? _____ Fecha de su último tratamiento: ____/____/____

¿Cómo respondió su hijo al tratamiento? _____

¿Ha notado en su hijo hábitos de postura incorrecta o pobre? Si No

Historial familiar de problemas en la columna Si No *De ser afirmativo, explique:* _____

Autorización para Tratamiento

Autorizo y acuerdo, por el cargo que represento, en permitir al doctor y/o su personal designado a tratar la columna de mí hijo, a través de ajustes en la columna y ejercicios de rehabilitación con el único propósito de restaurar la postura y estructura de funciones biomecánicas y neurológicas.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios provistos y acuerdo asegurar el pago total de dichos cargos.

El Doctor y/o su personal no serán responsables por ninguna condición de salud o diagnóstico pre-existente, que haya sido diagnosticado y/o tratado por otro proveedor de salud, o condiciones no relacionadas a las diagnosticadas en esta clínica.

Igualmente entiendo que de no seguir las recomendaciones específicas de los doctores y/o el personal de esta clínica para mi hijo, él/ella no obtendrá el beneficio máximo de estos programas de rehabilitación; y en caso de terminar el tratamiento prematuramente, todos los cargos incurridos automáticamente serán vencidos y pagaderos de inmediato. Autorizo que la designación de todos los beneficios del seguro médico sean dirigidos a los doctores y/o personal conforme todos los servicios prestados.

Firma del Paciente _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente _____

Si el paciente no es su hijo biológico, pero es encargado o tutor legal que requiere tutela para tratamiento, por favor complete los siguientes:

Fecha de Concesión de Tutoría Legal _____ Condado, Estado _____

Autorizo al doctor a administrar el cuidado conforme sea necesario, bajo mi cargo según designado por las cortes.

Firma del Tutor Legal _____ Fecha ____/____/____

En Caso de Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Trabajo () _____

Teléfono de Casa () _____

Teléfono Celular () _____

Seguro

Podemos aceptar la asignación de los beneficios del seguro. Al firmar esta póliza, usted acuerda asignar los beneficios del seguro a esta clínica. En casos donde los beneficios no puedan ser asignados o en caso en el que los beneficios sean procesados directamente a usted, independientemente de la asignación de beneficios, usted acuerda entregar a esta clínica cualquier pago recibido en adición a la explicación de beneficios en un plazo de 10 días a partir la fecha de recibido a menos que haya pagado en totalidad al momento de servicio los cargos que representan dicho pago. Bajo ningún concepto alguna asignación de beneficios le revela de su obligación de pago por los servicios prestados.

Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Esta clínica no conforma parte de dicho contrato y por lo tanto no podemos modificar los términos del mismo. El pago por tratamiento recibido en Dr. Calvin's – Del Sol Clinic es su responsabilidad aun cuando su compañía de seguros pague o no. No podemos facturar a su compañía de seguros hasta tanto nos provea con la información de facturación necesaria, asignando sus beneficios a esta clínica y acordando permitir revelar la información médica necesaria; requerida para asegurar pago. De aceptar la asignación de beneficios, requeriremos nos provea una tarjeta de crédito con autorización a facturar sobre la misma cualquier balance o realizar otros arreglos de pago. Haremos todo esfuerzo para asegurar que su proveedor de seguro procese adecuadamente los servicios para pago. En algunas circunstancias podremos requerir de su ayuda. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en 60 días y usted se niega en ayudarnos a lidiar con su proveedor de seguro, el balance pendiente se transferirá automáticamente a su tarjeta de crédito o al plan de pago extendido.

NOTA: Por favor este al tanto de que algunos o tal vez todos los servicios provistos sean servicios no cubiertos por no considerarse razonables y necesarios bajo su programa de seguro. Si usted no esta seguro de la naturaleza de los servicios que este recibiendo, por favor pregunte a su doctor. Para información de cubierta, es su responsabilidad revisar los beneficios de su contrato.

DECLARACION

Entiendo claramente que toda cubierta de seguro, independientemente sea por accidente de auto, trabajo o cubierta general es un arreglo entre mi proveedor de seguro y yo. Si esta oficina decide facturar los servicios que esta prestando a mi proveedor de seguro, este servicio es estrictamente una conveniencia para mí. Los doctores de esta oficina proveerán cualquier reporte necesario o información requerida para asistir en el pago o reembolso de los servicios por la aseguradora pero entiendo que las compañías de seguros pueden declinar mis reclamos siendo el responsable de cualquier balance pendiente. Cualquier dinero recibido se acreditara a mi cuenta.

Entiendo que puede haber algunos servicios no cubiertos por mi compañía de seguros, de ser el caso ¿Está dispuesto usted a pagar por dichos servicios? Si No

Firma de la Persona Autorizando el Tratamiento (si es diferente al paciente):

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Relación con el Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Patrono _____

Compañía de Seguros Primaria _____ Póliza: _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

Nombre de Asegurado _____ Seguro Social del Asegurado _____ - _____

Compañía de Seguros Secundaria _____ Póliza: _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

Nombre de Asegurado _____ Seguro Social del Asegurado _____ - _____