8740 NORTH LAMAR BLVD
AUSTIN TX 78753
PH (512) 835-1182
FAX (512) 835-1888
fedesnaclinic@att.net
www.fedesna.com

INFORMACIÓN BASICA

Nombre_____ Teléfono Casa_____

Dirección_____ Teléfono Celular _____

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ Fecha de Nacimiento_____

Edad _____ Correo Electrónico_____

Empresa de Trabajo_____ Ocupación _____

Teléfono de Trabajo _____

Dirección de Trabajo _____

Estado Civil C S V D Hijos _____

Nombre de Conyuge _____ Teléfono _____

Nombre de Familiar Cercano _____ Teléfono _____

Quien le hablo de la Clinica? _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Cual es la razon de su visita hoy? _____

La condicion se debe a una lecion de trabajo (por favor describa)? _____

A un accidente de carro (por favor describa)?_____

otros (por favor describa)? _____

Fecha de los sintomas o accidente _____ Dias perdidos de trabajo _____

Ha visto algun otro doctor por esta misma razon? _____

Que ha hecho para esta condicion? _____

HISTORIA

Que Medicamento está tomando? _____

Que operaciones y cirugías ha tenido? _____

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO (marque los que aplican)

- ❑ Seguro Médico Regular
- ❑ Worker's Comp
- ❑ Medicare
- ❑ Medicaid
- ❑ Póliza de Auto
- ❑ Nombre del Abogado _____ Teléfono _____

Cobertura Principal Compañia de Seguro_____

Cobertura Secundaria Compañia de Seguro_____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR _____ **FECHA** _____

Nombre _____ Pt. # _____ Fecha _____

ÍNDICE FUNCIONAL

Para los Problemas de Cuello y/o Espalda

Al evaluar correctamente su condición, necesitamos entender cuanto los problemas del cuello y/o espalda han afectado su abilidad de lograr los actividades diarios. Por cada árticulo abajo, por favor rodear el numero que más cerca describe su condicion ahora.

	0	1	2	3	4
Intensidad del Dolor	No hay dolor	Dolor Leve	Dolor Moderado	Dolor Severo	Lo peor possible
Dormir	Sueño perfecto	Sueño disturbado ligeramente	Sueño perturbado	Sueño perturbado sumamente	No puede dormir
Cuidado Personal	No hay dolor No restricciones	Dolor leve No restricciones	Dolor Moderado Nesecita ir despacio	Dolor Moderado Necesita algúna ayuda	Dolor Severo Necesista 100% de asistencia
Viajar/Manejar	No hay dolor en viajes largos	Dolor leve en viajes largos	Dolor Moderado en viajes largos	Dolor Moderado en viajes cortos	Dolor severo en viajes cortos
Trabajar	Puede hacer el trabajo normal y extra	Puede hacer el trabajo normal pero no extra	Puede hacer 50% del trabajo normal	Puede hacer 25% del trabajo normal	No puede trabajar
Recreación	Puede hacer todas las actividades	Puede hacer la mayoría de las actividades	Puede hacer algunas actividades	Puede hacer pocas actividades	No puede hacer ningunas actividades
Frecuencia de Dolor	No hay dolor	Dolor ocasional; 25% del dia	Dolor intermitente; 50% del dia	Dolor frecuente; 75% del dia	Dolor constante; 100% del dia
Levantar	No hay dolor con algo pesado	Aumenta el dolor con mucho peso	Aumenta el dolor con peso moderado	Aumenta el dolor con peso ligero	Aumenta el dolor con cualquier peso
Caminar	No hay dolor; cualquier distancia	Aumenta el dolor despúes 1 milla	Aumenta el dolor despúes 1/2 milla	Aumenta el dolor despúes 1/4 milla	Aumenta el dolor al caminar
Estar de Pie	No hay dolor despúes muchas horas	Aumenta el dolor despúes muchas horas	Aumenta el dolor despúes 1 hora	Aumenta el dolor despúes 1/2 hora	Aumenta el dolor al estar de pie

Firma del Paciente o Tutor_____

copyright 1999 Institute of Evidence Based Chiropractic

Fedesna Chiropractic

8740 NORTH LAMAR BLVD
AUSTIN TX 78753
PH (512) 835-1182
FAX (512) 835-1888
fedesnaclinic@att.net
www.fedesna.com

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nuestro Compromiso de Privacidad

Estamos muy preocupados por su privacidad. Mientras que la ley nos exige a darle esta divulgación, por favor entienda que hemos respetado, y siempre respetaremo, la privacidad de su información médica.

Hay varias circunstancias en las que tenemos que usar o divulgar nuestra información de atención médica:

- Es posible que tengamos divulgar su información médica a un otro proveedor de cuidado de la salud o un hospital si es necesario remitirlo a ellos para un diagnóstico, evaluación, o tratamiento de su condición de salud.
- Es posible que tengamos divulgar su información médica y registros de facturación a otra parte si son pontencialmente responsables del pago de sus servicios.
- Es posible que tengamos usar su información médica dentro de nuestra práctica para el control de calidad u otros própositos operativos.

Si realizamos un cambio en nuestras prácticas de privacidad, se lo notificaremos por escrito cuando entre para recibir tratamiento o por correo. No dude en llamarnos en cualquier momento para obtener una copia de nuestro aviso de privacidad.

Su Derecho a Limitar Usos o Divulgaciones

Usted tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información médica a personas, empresas, u organizaciones específicas. Si desea poner alguna restricción en el uso de su información médica, por favor háganoslo saber por escrito. No estamos obligados a aceptar sus restricciones. Sin embargo, si aceptamos sus restricciónes, la restricción nos obliga.

Su Derecho de Revocar su Autorización

Usted puede revocar su consimiento en cualquier momento; sin embargo, su revocación debe ser por escrito. No podremos honrar su revocación si ya hemos divulgado su información de salud antes de que recibiéramos su solicitud de revocar su autorización. Si se lo exigió que otorgue su autorización para obterner un seguro, la compañia de seguro puede tener derecho a su información médica si decide impugnar cualquira de sus reclamos.

He leído la póliza de consentimiento y acepto sus términos.

Nombre	Representante Autorizado del Proveedor
Firma	Fecha

Fedesna Chiropractic

8740 NORTH LAMAR BLVD
AUSTIN TX 78753
PH (512) 835-1182
FAX (512) 835-1888
fedesnaclinic@att.net
www.fedesna.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS AJUSTES Y CUIDADOS QUIROPRÁCTICOS

Para ser completado por el paciente o el representante legal del paciente, si es necesario, e.g., si el paciente es menor de edad o está física o legalmente incpacitado:

Por este medio solicito y doy mi consentimiento para que se realicen ajustes quiropácticos y otros procedimientos que incluyan varios modos de terapia física y radiografías de diagnóstico en mí (o en el paciente mecionado a continuaciín, por el cual soy legalmente responsable) por Dr. David R. Fedesna y/o otros doctores licenciados en quiropráctica que ahora o en el futuro me tratan mientras estan empleados con o al servicio de asistencia médica para el médico quiropráctico mencionado anteriormente, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina indicada o cualquier otro consultorio o clínica.

He tenido la oportunidad a discursar con el doctor de quiropráctica mencionado anteriormente y/o con otro personal de la oficina o clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes quiropráctícos y otros procedimientos .

Entiendo y estoy informado de que, como en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, entre los que se incluyan , entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidents cerebrovasculares, luxaciones y torceduras.

Durante el examen, el doctor puede sentir que se necesitarán radiografías para diagnosticar su condición y administrar el tratamiento adecuado. Para realizer radiografías en cualquier paciente, nuestra oficina require el consentimiento del paciente para que se realicen dichos procedimientos.

He leído o me han leído el consetimiento anterior, tambíen tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el consentimiento y, al firmar a continuación, acepto los procedimintos mecionados anteriormente. Entiendo que este consentimiento cubrirá todo el curso del tratamiento para me afección actual y para cualquier afección future para la que busque tratamiento.

_____	_____	_____
Nombre	Firma (Paciente o Tutor)	Fecha