Whom may we thank for referring you to this office? _____
¿quien lo refirió?

APPLICATION FOR CARE AT REACH CHIROPRACTIC

Today's Date/Fecha: _____ HRN: _____

PATIENT DEMOGRAPHICS/ DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Name: _____ DOB: _____-_____-_____ Age: _____ □ Male □ Female
Nombre Fecha de nacimiento Edad Masculino Hembra

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

E-mail: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
E-mail Teléfono/Casa Teléfono/Trabajo

Mobile Phone: _____ Cell Phone Provider: _____
Teléfono Movil Proveedor de telefonía celular

Marital Status: □ Single □ Married Do you have Insurance: □ Yes □ No
Estado Civil Soltero Casado Tienes seguro de salud: Si No

Social Security #: _____ Driver's License #: _____
Número de Social Security Número de Driver's License

Employer: _____ Occupation: _____
Nombre de Empleador Ocupación

Spouse's Name: _____ Spouse's Employer: _____
Nombre de Cónyuge Nombre del empleador del cónyuge

Number of children and ages: _____
Número de niños y edades.

Name & Number of Emergency Contact: _____ Relationship: _____
Nombre y número de contacto de emergencia Relación

HISTORY of COMPLAINT/HISTORICO

Please identify the condition(s) that brought you to this office: Primary: _____
Por favor identifique las condiciones que lo trajeron a esta oficina: Primario

Secondary: _____ Third: _____ Fourth: _____
Secundaria Tercero Cuarto

When did the problem(s) begin? _____ When is the problem at its worst? □ AM □ PM □ mid-day □ late PM
¿Cuándo empezaron los problemas? ¿Cuándo es peor? Mañana Tarde Mediodía Noche

How long does it last? □ Constant **OR** □ I experience it on and off during the day **OR** □ It comes and goes throughout the week
Quanto dura? Constante **O** Va y viene durante el día **O** Va y viene a lo largo de la semana

How did the injury happen? _____
¿Cómo ocurrió la lesión?

Condition(s) ever been treated by anyone in the past? □No □ Yes **if yes,** when: _____ by whom? _____
¿Alguna vez se ha tratado alguna enfermedad en el pasado? No Si ¿Si sí, cuándo? ¿por quién?

How long were you under care? _____ What were the results?_____
¿Cuánto tiempo estuvo bajo cuidado? ¿Cuáles fueron los resultados?

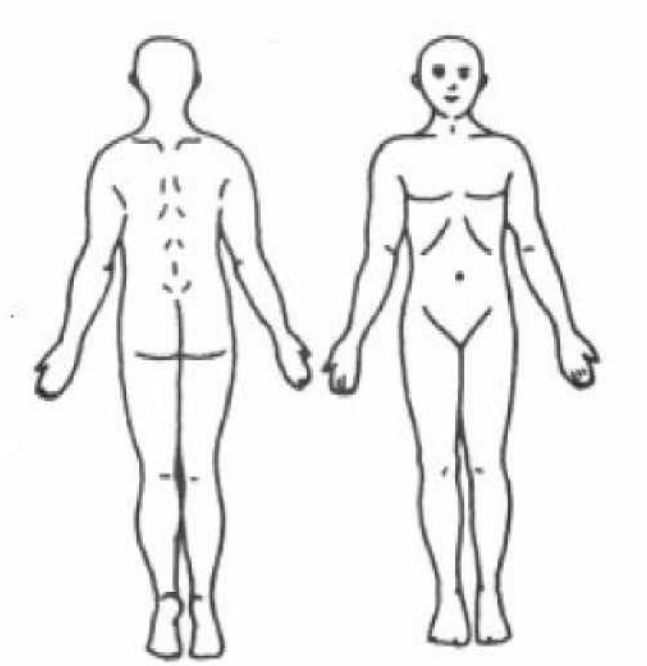
Name of Previous Chiropractor: _____ □ **N/A**
Nombre del quiropráctico anterior: **N/A**

PLEASE MARK the areas on the Diagram with the following **letters** to describe your symptoms:
MARQUE POR FAVOR las áreas en el Diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:

R = Radiating	**B = B**urning	**D = D**ull	**A** = Aching	**N = N**umbness	**S = S**harp/**S**tabbing	**T = T**ingling
R = Irradiando	B = Ardiente	D = Aburrido	A = Dolorido	N = Entumecimiento	S = Agudo/Pontiagudo	T =Estremecimiento

What relieves your symptoms?
¿Qué alivia tus síntomas?
_____

What makes your symptoms feel worse?
¿Qué hace que tus síntomas se sientan peor?
_____



Is your problem the result of **ANY** type of accident? □ Yes □ No
¿Es su problema el resultado de CUALQUIER tipo de accidente?

Identify any other injury(s) to your spine, minor or major, that the doctor should know about:
Identifique cualquier otra lesión o lesiones en su columna vertebral, menores o mayores, que el médico deba conocer:
_____
_____

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

Escala Analógica Visual Cuadruple

Nombre:_____ **Fecha**:_____

Favor leer cuidadosamente:
Instrucciones: Favor de circular el número que mejor describa la contestación de la pregunta.

Nota: Si tiene más de un problema, favor de contestar cada pregunta individualmente para cada problema e indique la puntuación de cada uno. Favor de indicar su dolor hoy, en su estado regular y en su peor estado.

Ejemplo:

Dolor de cabeza Cuello Espalda baja

Sin dolor_____El peor dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1- ¿Cómo está su dolor ahora mismo?

Sin dolor_____**El peor dolor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- ¿Cómo es su dolor en promedio?

Sin dolor_____**El peor dolor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- ¿Cómo es su dolor en su mejor momento (cuán cerca del 0)?

Sin dolor_____**El peor dolor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- ¿Cómo es su dolor en su peor momento (cuán cerca del 10)?

Sin dolor_____**El peor dolor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otros comentarios:

_____

_____

_____

PAST HISTORY/Historia pasada:

Have you suffered with any of this or a similar problem in the past? ☐ No ☐ Yes **If yes,** how many times? _____
¿Ha sufrido con alguno de estos o un problema similar en el pasado No Si Si sí, ¿cuántas veces?

When was the last episode? _____ How did the injury happen? _____
¿Cuándo fue el último episodio? ¿Cómo ocurrió la lesión?

Other forms of treatment tried: ☐ No ☐ Yes **If yes,** please state **what** type of treatment: _____
Probaron otras formas de tratamiento: No Sí En caso afirmativo, indique qué tipo de tratamiento:

Who provided it: _____ **How long ago?** _____What were the results. ☐ Favorable ☐ Unfavorable
Quién lo proporcionó ¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuáles fueron los resultados? Favorable Desfavorable

→ please explain _____
→ por favor explique

Please identify any and all types of jobs you have had in the past that have imposed any physical stress on you or your body:
Identifique todos y cada uno de los tipos de trabajos que ha tenido en el pasado que le han impuesto alguna tensión física a usted o a su cuerpo:

_____

PLEASE identify ALL PAST and any **CURRENT** conditions you feel may be contributing to your present problem:
POR FAVOR, identifique TODO EL PASADO y cualquier condición ACTUAL que crea que pueda estar contribuyendo a su problema actual:

	HOW LONG AGO **HACE CUANTO TIEMPO**	**TYPE OF CARE RECEIVED** **TIPO DE CUIDADO RECIBIDO**	**BY WHOM** **POR QUIÉN**
INJURIES/ Lesiones	❼		
SURGERIES/ Cirugías	❼		
CHILDHOOD DISEASES/ Enfermedades de la infancia	❼		
ADULT DISEASES/ Enfermedades de adultos	❼		

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL:

1. Smoking: ☐cigars ☐ pipe ☐ cigarettes **How often?** ☐ Daily ☐ Weekends ☐ Occasionally ☐ Never
Fumar: cigarros pipa cigarillos Con qué frecuencia? Diario Fines de semana A veces Nunca

2. Alcoholic Beverage: consumption occurs ☐ Daily ☐ Weekends ☐ Occasionally ☐ Never
Bebidas alcohólicas: Consumo Diario Fines de semana A veces Nunca

3. Recreational Drug use: ☐ Daily ☐ Weekends ☐ Occasionally ☐ Never
Uso recreativo de drogas: Diario Fines de semana A veces Nunca

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIA:

1. Does anyone in your family suffer with the same condition(s)? ☐ No ☐ Yes
¿Alguien en su familia sufre con la misma condición? No Si

If yes whom: ☐ grandmother ☐ grandfather ☐ mother ☐ father ☐ sister(s) ☐ brother(s) ☐ son(s) ☐ daughter(s)
Si sí, quién: abuela abuelo madre padre hermana (s) hermano (s) hijo (s) hija (s)

Have they ever been treated for their condition? ☐ No ☐ Yes ☐ I don't know
¿Han sido tratados alguna vez por su condición? No Sí No lo sé

2. Any other hereditary conditions the doctor should be aware of? ✗ No ✗ Yes: _____
¿Alguna otra condición hereditaria que el médico deba conocer? No Sí:

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)/ATIVIDATES DE VIDA DIARIA:

Please identify how your current condition affects the following:

Por favor identifique cómo su condición actual afecta lo siguiente:

ACTIVITIES/ACTIVIDADES:	EFECTOS			
Carry children/groceries Cargar niños / comestibles	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Lift children/groceries Levantar niños / comestibles	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Sit to Stand Sentarse a pararse	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Climb Stairs Subir Escaleras	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Sitting/Driving +30 mins Sentar / Conducir +30 minutos	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Computer Use +30 mins Uso de la computadora +30 mins	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Read/Concentrate Leer/Concentrado	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Getting Dressed Vertirse	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Personal Care Cuidado personal	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Sexual Activities Actividades sexuales	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Sleep Dormir	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Static Sitting +15 mins Ficar Sentado +15 mins	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Static Standing +15 mins En pie +15 mins	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Yard/House Work Trabajo de casa/patio	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Walking +15 mins Caminar +15 mins	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR
Running+15 mins Corer +15 mins	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFOR NO SE PUEDE REALIZAR
Other: _____ Outro:	NO EFFECT SIN EFECTO	PAINFUL(CAN DO) DOLOROSO (PUEDE HACER)	PAINFUL (LIMITS) DOLOROSO (LÍMITES)	UNABLE TO PERFORM NO SE PUEDE REALIZAR

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

List Prescription & Non-Prescription drugs you take: _____

Enumere los medicamentos recetados y no recetados que toma: _____

_____

_____

Please mark **P** for in the **Past, C** for **Currently Have**, or **N** for **Never**:

Por favor, marque **P en el pasado, C para tener actualmente** o **N para nunca:**

___Headache
Dolor de cabeza

___Pregnant (Now)
Embarazada (Ahora)

___Dizziness
Mareado

___Prostate Problems
Problemas de próstata

___Ulcers
Úlceras

___Neck Pain
Dolor de cuello

___Frequent Colds/Flu
Resfriados frecuentes

___Loss of Balance
Pérdida del equilibrio

___Impotence/Sexual Dysfxn.
Impotencia / Disfunción Sexual.

___Heartburn
Acedía

___Jaw Pain, TMJ
Dolor en la mandíbula, TMJ

___Convulsions/Epilepsy
Convulsiones / Epilepsia

___Fainting
Desmayo

___Digestive Problems
Problemas digestivos

___Heart Problems
Problemas de corazón

___Shoulder Pain
Dolor de hombro

___Tremors
Estrecimiento

___Double Vision
visión doble

___Colon Problems
Problemas en el colon

___High Blood Pressure
Alta presion sanguinea

___Upper Back Pain
Dolor de espalda superior

___Chest Pain
Dolor de pecho

___Blurred Vision
Visión borrosa

___Diarrhea/Constipation
Diarrhea/Constipation

___Low Blood Pressure
Presión arterial baja

___Mid Back Pain
Dolor de espalda media

___Pain w/Cough/Sneeze
Dolor con tos / estornudo

___Ringing in Ears
Zumbidos en el oido

___Menopausal Problems
Problema menopáusia

___Asthma
Asma

___Low Back Pain
Dolor lumbar

___Foot or Knee Problems
Problema de pies o rodillas

___Hearing Loss
Pérdida de la audición

___Menstrual Problems
Problemas menstruales

___Difficulty Breathing
Respiración dificultosa

___Hip Pain
Dolor de cadera

___Sinus/Drainage Problems
Problema de sinusitis/drenaje

___Depression
Depresión

___PMS
Estrés pre menstrual

___Lung Problems
Problemas pulmonares

___Back Curvature
Mala postura

___Swollen/Painful Joints
Articulaciones inflamadas /dolorosas

___Irritable
Irritabilidade

___Bed Wetting
Mojar la cama

___Kidney Problems
Problemas de rins

___Scoliosis
Escoliosis

___Skin Problems
Problemas de la piel

___Mood Changes
Cambios de humor

___Learning Disability
Discapacidad de aprendizaje

___Gallbladder Problems
Problemas de la vesícula biliar

___Numb/Tingling arms, hands, fingers
Adormecimiento / hormigueo brazos, manos, dedos

___ADD/ADHD

___Eating Disorder
Desorden alimenticio

___Liver Problems
Problemas de higado

___Numb/Tingling legs, feet, toes
Adormecimiento / hormigueo piernas pies dedos de los pies

___Allergies
Alergias

___Trouble Sleeping
Problemas para dormir

___Hepatitis (A,B,C)
Hepatitis

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

X-RAY AUTHORIZATION

AS YOUR HEALTHCARE PROVIDER, WE ARE LEGALLY RESPONSIBLE FOR YOUR CHIROPRACTIC RECORDS. WE MUST MAINTAIN A RECORD OF YOUR X-RAYS IN OUR FILES. AT YOUR REQUEST, WE WILL PROVIDE YOU WITH A COPY OF YOUR X-RAYS IN OUR FILES. **THE FEE FOR COPYING YOUR X-RAYS ON A DISC IS $15.00. THIS FEE MUST BE PAID IN ADVANCE.** DIGITAL X-RAYS ON CD WILL BE AVAILABLE WITHIN 72 HOURS OF PREPAYMENT ON ANY REGULAR PRACTICE HOURS DAY. **PLEASE NOTE:** X-RAYS ARE UTILIZED IN THIS OFFICE TO HELP LOCATE AND ANALYZE **VERTEBRAL SUBLUXATIONS.** THESE X-RAYS ARE NOT USED TO INVESTIGATE FOR MEDICAL PATHOLOGY. THE DOCTORS OF REACH CHIROPRACTIC DO NOT DIAGNOSE OR TREAT MEDICAL CONDITIONS; HOWEVER, IF ANY ABNORMALITIES ARE FOUND, WE WILL BRING IT TO YOUR ATTENTION SO THAT YOU CAN SEEK PROPER MEDICAL ADVICE. **BY SIGNING BELOW YOU ARE AGREEING TO THE ABOVE TERMS AND CONDITIONS.**

COMO SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SUS REGISTROS DE QUIROPRÁCTICO. DEBEMOS MANTENER UN REGISTRO DE SUS X-RAYS EN NUESTROS ARCHIVOS. A SU SOLICITUD, LE PROPORCIONAREMOS UNA COPIA DE SUS RAYOS X EN NUESTROS ARCHIVOS. **EL PRECIO POR COPIAR SUS RAYOS X EN UN DISCO ES DE $ 15.00. ESTA TARIFA SE DEBE PAGAR POR ADELANTADO**. LOS RAYOS X DIGITALES EN EL CD ESTARÁN DISPONIBLES EN EL PLAZO DE 72 HORAS DE PAGO EN CUALQUIER DÍA DE PRÁCTICAS REGULARES. TENGA EN CUENTA: LOS RAYOS X SE UTILIZAN EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A LOCALIZAR Y ANALIZAR LAS SUBLUXACIONES VERTEBRALES. ESTOS RAYOS X NO SE UTILIZAN PARA INVESTIGAR LA PATOLOGÍA MÉDICA. LOS DOCTORES DEL ALCANCE QUIROPRÁCTICO NO HACEN DIAGNÓSTICO NI TRATAN LAS CONDICIONES MÉDICAS; SIN EMBARGO, SI SE ENCUENTRAN ALGUNAS ANORMALIDADES, LLEVAMOS A SU ATENCIÓN PARA QUE USTED PUEDE BUSCAR UN ASESORAMIENTO MÉDICO ADECUADO.
AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES.

_____ _____ - _____ - _____ _____

Patient or Authorized Person's Signature — **Date Completed** — **Age**
Firma del paciente o persona autorizada — **Fecha de finalización** — **Años**

FEMALE PATIENTS ONLY: TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE**, I BELIEVE I AM NOT PREGNANT** AT THE TIME X-RAYS ARE TAKEN AT REACH CHIROPRACTIC.
PACIENTES FEMENINOS SOLAMENTE: AL MEJOR DE MIS CONOCIMIENTOS, CREO QUE NO SOY EMBARAZADA EN EL TIEMPO QUE LOS TIPOS DE RAYOS SE TOMAN EN EL ALCANCE DE LA QUIROPRÁCTICA.

_____ _____ - _____ - _____

Patient or Authorized Person's Signature — **Date Completed**
Firma del paciente o persona autorizada — **Fecha de finalización**

I hereby authorize payment to be made directly to Reach Chiropractic for all benefits which may be payable under a healthcare plan or from any other collateral sources. I authorize utilization of this application or copies thereof for the purpose of processing claims and effecting payments, and further acknowledge that this assignment of benefits does not in any way relieve me of payment liability and that I will remain financially responsible to Reach Chiropractic for any and all services I receive at this office.

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a Reach Chiropractic para todos los beneficios que se puedan pagar en virtud de un plan de atención médica o de cualquier otra fuente de garantía. Autorizo la utilización de esta solicitud o las copias de la misma con el fin de procesar reclamos y efectuar pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios no me exime de ninguna manera de la obligación de pago y que seguiré siendo financieramente responsable de llegar a la quiropráctica por cualquier y Todos los servicios que recibo en esta oficina.

_____ _____ - _____ - _____

Patient or Authorized Person's Signature — **Date Completed**
Firma del paciente o persona autorizada — **Fecha de finalización**

_____ _____ - _____ - _____

Doctor's Signature — **Date Form Reviewed**
Firma del doctor — **Fecha de finalización**

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

JDD, DC 5/2011

INFORMED CONSENT FOR CHIROPRACTIC CARE

CHIROPRACTIC CARE, LIKE ALL FORMS OF HEALTH CARE WHILE OFFERING CONSIDERABLE BENEFITS MAY ALSO PROVIDE SOME LEVEL OF RISK. THIS LEVEL OF RISK IS MOST OFTEN VERY MINIMAL, YET IN RARE CASES, INJURY HAS BEEN ASSOCIATED WITH CHIROPRACTIC CARE. THE TYPES OF COMPLICATIONS THAT HAVE BEEN REPORTED SECONDARY TO CHIROPRACTIC CARE INCLUDE: SPRAIN/STRAIN INJURIES, IRRITATION OF A DISC CONDITION, AND RARELY, FRACTURES. ONE OF THE RAREST COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH CHIROPRACTIC CARE OCCURRING AT A RATE BETWEEN ONE INSTANCE PER ONE MILLION TO ONE PER TWO MILLION CERVICAL SPINE (NECK) ADJUSTMENTS MAY BE A VERTEBRAL INJURY THAT COULD LEAD TO A STROKE. PRIOR TO RECEIVING CHIROPRACTIC CARE IN THIS CHIROPRACTIC OFFICE, A HEALTH HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION WILL BE COMPLETED. THESE PROCEDURES ARE PERFORMED TO ASSESS YOUR SPECIFIC CONDITIONS, YOUR OVERALL HEALTH AND IN PARTICULAR YOUR SPINAL HEALTH. THESE PROCEDURES WILL ASSIST US IN DETERMINING IF CHIROPRACTIC CARE IS NEEDED, OR IF ANY FURTHER EXAMINATIONS OR STUDIES ARE NEEDED. IN ADDITION, THEY WILL HELP US DETERMINE IF THERE IS ANY REASON TO MODIFY YOUR CARE OR PROVIDE YOU WITH A REFERRAL TO ANOTHER HEALTH CARE PROVIDER. ALL RELEVANT FINDINGS WILL BE REPORTED TO YOU ALONG WITH A CARE PLAN PRIOR TO BEGINNING CARE.

I UNDERSTAND AND ACCEPT THAT THERE ARE RISKS ASSOCIATED WITH CHIROPRACTIC CARE AND GIVE CONSENT TO THE EXAMINATION THAT THE DOCTOR DEEMS NECESSARY AND THE CHIROPRACTIC CARE, INCLUDING SPINAL ADJUSTMENTS, AS REPORTED FOLLOWING MY ASSESSMENT.

ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA, COMO TODAS LAS FORMAS DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS QUE OFRECE BENEFICIOS CONSIDERABLES, TAMBIÉN PUEDE PROPORCIONAR ALGUNOS NIVELES DE RIESGO. ESTE NIVEL DE RIESGO ES MÁS A menudo MUY MÍNIMO, AÚN EN CASOS RAROS, LA LESIÓN SE HA ASOCIADO CON LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA. LOS TIPOS DE COMPLICACIONES QUE SE HAN INFORMADO SECUNDAMENTE PARA EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO INCLUYEN: LESIONES EN EL ENFRIAMIENTO / ESTRELLA, IRRITACIÓN DE UNA CONDICIÓN DEL DISCO, Y, EN FRECUENCIA, FRACTURAS. UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS RARIAS ASOCIADAS CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO QUE OCURRE A UNA TASA ENTRE UNA INSTANCIA POR MIL MILLÓN A UNO POR DOS MILLONES DE AJUSTE DE LA COLUMNA CERVICAL (CUELLO) PUEDE SER UNA LESIÓN VERTICAL QUE PODRÍA LLEVAR A UNA ROCA. ANTES DE RECIBIR CUIDADO QUIROPRÁCTICO EN ESTA OFICINA QUIROPRÁCTICA, SE COMPLETARÁ UNA HISTORIA DE SALUD Y UN EXAMEN FÍSICO. ESTOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN PARA EVALUAR SUS CONDICIONES ESPECÍFICAS, SU SALUD GLOBAL Y, EN PARTICULAR, SU SALUD ESPINAL. ESTOS PROCEDIMIENTOS NOS AYUDARÁN A DETERMINAR SI SE NECESITA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA O SI SE NECESITA CUALQUIER EXAMEN O ESTUDIO. ADEMÁS, ME AYUDARÁN A DETERMINAR SI HAY ALGUNA RAZÓN PARA MODIFICAR SU ATENCIÓN O LE PROPORCIONARÁ UN REFERIDO A OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. TODOS LOS RESULTADOS PERTINENTES SE LE REPORTARÁN JUNTOS CON UN PLAN DE CUIDADO ANTES DE COMENZAR EL CUIDADO.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE HAY RIESGOS ASOCIADOS CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO Y DA EL CONSENTIMIENTO AL EXAMEN QUE EL MÉDICO ES NECESARIO Y EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, INCLUIDOS LOS AJUSTES ESPINALES, COMO SE INDICA QUE SIGUE MIS EVALUACIÓN

_____ _____ - _____ - _____

Patient or Authorized Person's Signature — **Date Completed**

Firma del paciente o persona autorizada — **Fecha de finalización**

_____

IF PATIENT IS A MINOR, PLEASE STATE RELATIONSHIP

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, POR FAVOR ESTÁ LA RELACIÓN

_____ _____ - _____ - _____

Doctor/Witness Signature — **Date Form Reviewed**

Firma del doctor — **Fecha de finalización**

PATIENT'S NAME: _____ HR#: _____ Date: _____

JDD, DC 5/2011