

Whom may we thank for referring you to this office? _____
Quem te referiu?

APPLICATION FOR CARE AT REACH CHIROPRACTIC

Today's Date/Data: _____

PATIENT DEMOGRAPHICS/INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Name: _____ DOB: _____ - _____ - _____ Age: _____ Male Female
Nome Data de Nascimento Idade Masculino Feminino

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Endereço Cidade Estado CEP

E-mail: _____ Mobile Phone: _____ Work Phone: _____
E-mail Celular Telefone de trabalho

Marital Status: Single Married Social Security #: _____
Estado Civil Solteiro Casado Número do Social Security

Your occupation: _____ Your Employer: _____
Ocupação Nome do Empregador

Spouse's Name: _____ Spouse's Employer: _____
Nome do conjuge Ocupação do conjuge

Number of children and ages: _____ Children names: _____
Número de filhos(as) e idade Nome das crianças

Name & Number of **Emergency Contact**: _____ Relationship: _____
Nome e Telefone em caso de emergência Relação

HISTORY of COMPLAINT/HISTORICO

Please identify the condition(s) that brought you to this office: Primary condition/problem: _____
Identifique a condição ou o problema que te traz a clínica Condição/problema primária

Secondary: _____ Third: _____ Fourth: _____
Condição/problema secundária Terceira condição/problema Quarta condição/problema

When did the problem(s) begin? _____ When is the problem at its worst? AM PM mid-day late PM
Quando e como começou o problema? Quando o problema está pior? AM PM meio do dia fim do dia

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 tempo dura? Constante **OU** Vai e volta durante o dia **OU** Vai e volta durante a semana

How did the injury happen? _____
Como aconteceu?

Condition(s) ever been treated by anyone in the past? No Yes **if yes**, when: _____ by whom? _____
Já recebeu tratamento para essa condição no passado? Não Sim Se sim, quando: Por quem?

How long were you under care? _____ What were the results? _____
Por quanto tempo recebeu tratamento: Quais foram os resultados?

Name of Previous Chiropractor: _____ **N/A**
Nome do ultimo quiropraxista **N/A**

QUADRUPLE VISUAL ANALOGUE SCALE

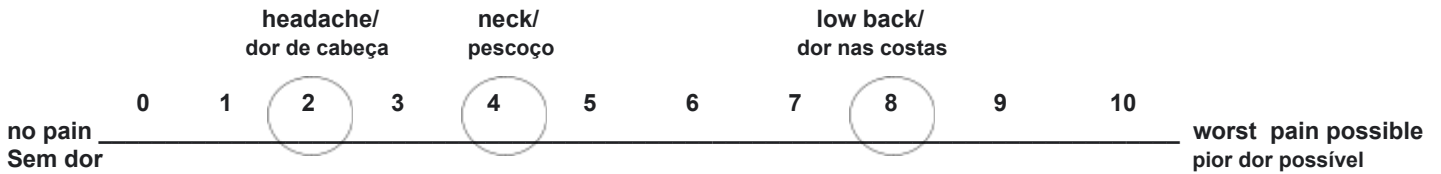
INSTRUCTIONS: Please circle the number that best describes the question being asked.

NOTE: If you have more than one complaint, please answer each question for each individual complaint and indicate the score for each complaint. Please indicate your average pain levels and pain at minimum / maximum using the last 3 months as your reference. If you have completed this form before, indicate your average pain level since the last time you completed this form.

INSTRUÇÕES: circule o número que melhor descreve a pergunta que está sendo feita.

NOTA: Se você tiver mais de uma reclamação, responda a cada pergunta para cada reclamação individual e indique a pontuação de cada reclamação. Por favor, indique seus níveis médios de dor e dor no mínimo / máximo usando os últimos 3 meses como sua referência. Se você já preencheu este formulário antes, indique seu nível médio de dor desde a última vez que o preencheu.

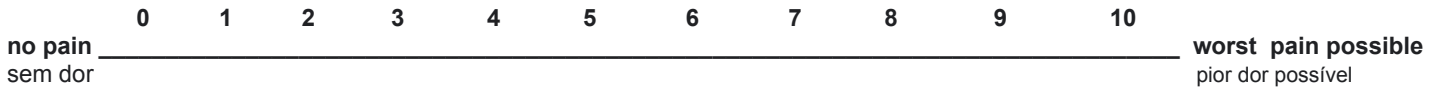
EXAMPLE/Exemplo:



#####

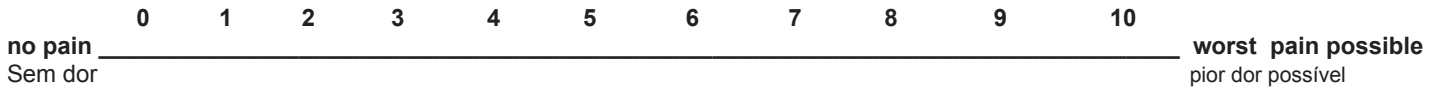
1. What is your pain RIGHT NOW?

Qual é a sua dor AGORA MESMO?



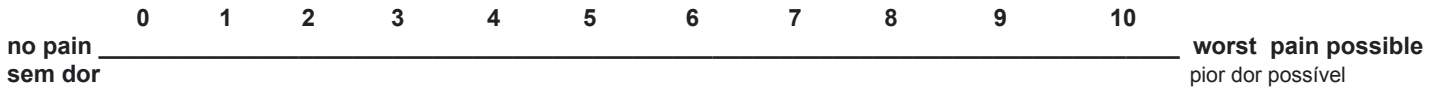
2. What is your TYPICAL or AVERAGE pain?

Qual é a sua dor TÍPICA ou MÉDIA?



3. What is your pain level AT ITS BEST (How close to "0" does your pain get at its best)?

Qual é o seu nível de dor NO SEU MELHOR (quão próximo de "0" sua dor chega ao seu melhor)

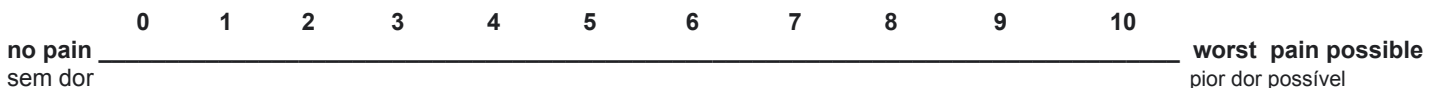


What percentage of your awake hours is your pain at its best? _____%

Em que porcentagem das horas em que você está acordado, a sua dor é melhor?

4. What is your pain level AT ITS WORST (How close to "10" does your pain get at its worst)?

Qual é o seu nível de dor NO SEU PIOR (quão perto de "10" sua dor chega ao pior)?



PATIENT NAME: _____ DATE: _____

PLEASE MARK the areas on the Diagram with the following **letters** to describe your symptoms:
 Marque as areas no diagram com as letras para descrever seus sintomas:

R = Radiating B = Burning D = Dull A = Aching N = Numbness S = Sharp/Stabbing T = Tingling
 R = Irradiando B = Queimando D = Profundo A = Dolorido N = Dormente S = Aguda/Pontada T = Formigando

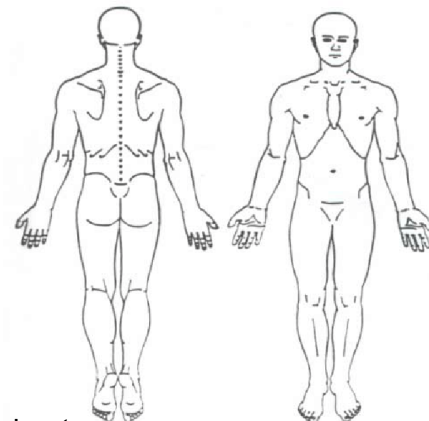
What relieves your symptoms? O que alivia seus sintomas

What makes your symptoms feel worse?

O que agrava seus sintomas

Is your problem the result of **ANY** type of accident? Yes No

O seu problema foi resultado de **qualquer** tipo de acidente? Sim Não



Identify any other injury(s) to your spine, minor or major, that the doctor should know about:

Identifique qualquer outra lesão na coluna, grande ou pequena, que a doutora deve saber:

PAST HISTORY/HISTORICO PESSOAL:

Have you suffered with any of this or a similar problem in the past? No Yes **If yes, how many times?** _____

Você já sofreu com esse problema ou similar no passado?

Não Sim Se sim, quantas vezes?

When was the last episode? _____ How did the injury happen? _____

Quando foi o último episódio?

Como aconteceu?

Other forms of treatment tried: No Yes **If yes, please state what type of treatment:** _____

Outras formas de tratamento:

Não Sim Se sim, qual tipo de tratamento:

Who provided it: _____ How long ago? _____ What were the results. Favorable Unfavorable

Quem forneceu:

Quanto tempo atrás?

Qual foi o resultado:

Favorável

Desfavorável

→ please explain. _____

→ 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

Por Favor identifique qualquer tipo de trabalho no passado que pode ter algum efeito físico no seu corpo:

PLEASE identify ALL PAST and any CURRENT conditions you feel may be contributing to your present problem:

POR FAVOR identifique **TODAS** condições **PASSADAS e ATUAIS** que você crer ter contribuído ao problema presente:

	HOW LONG AGO QUANTO TEMPO ATRÁS	TYPE OF CARE RECEIVED TIPO DE TRATAMENTO FEITO	BY WHOM FEITO POR
ADULT DISEASES/DOENÇAS DE ADULTO →			
INJURIES/LESÕES →			
CHILDHOOD DISEASES/DOENÇAS DE INFÂNCIA →			
SURGERIES/CIRURGIAS →			

PATIENT NAME: _____ DATE: _____

SOCIAL HISTORY/HISTORICO SOCIAL:1. Smoking: cigars pipe cigarettes

Fumar: charuto cachimbo cigarros

2. Alcoholic Beverage: consumption occurs

Bebidas Alcoólicas: consumo ocorre

3. Recreational Drug use:

Uso de drogas recreativas

How often? Daily Weekends Occasionally NeverFrequência? Diário Finais de semana Ocasionalmente Nunca Daily Weekends Occasionally Never Diário Finais de semana Ocasionalmente Nunca Daily Weekends Occasionally Never Diário Finais de semana Ocasionalmente Nunca**FAMILY HISTORY/HISTORICO FAMILIAR:**1. Does anyone in your family suffer with the same condition(s)? No Yes

Alguém em sua família sofre com a mesma condição?

Não Sim

If yes whom: grandmother grandfather mother father sister(s) brother(s) son(s) daughter(s)

Se sim, quem: Avó Avô mãe pai irmã irmão filhos filhas

Have they ever been treated for their condition? No Yes I don't know

Alguém recebeu tratamento para a condição? Não Sim Eu nao sei

2. Any other hereditary conditions the doctor should be aware of? No Yes: _____

Qualquer outra condição hereditária que a doutora deve saber? Não Sim

ACTIVITIES: ATIVIDADES	EFFECT: (PLEASE CHECK WHICH ONE CORRESPONDS) EFEITOS ((POR FAVOR, MARQUE O QUE CORRESPONDE)			
Carry children/groceries Carregar crianças/compras	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Lift children/groceries Levantar crianças/compras	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Sit to stand Sentado a Levantado	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Cimb Stairs Subir Escadas	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Sitting/Driving +30 mins Sentado/Dirigindo +30 mins	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Read/concentrate Ler/Concentrar	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Personal Care/Getting Dressed Cuidados pessoais	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Sleep Dormir	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Static Sitting +15 mins Ficar sentado + 15 mins	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Static Standing + 15 mins Ficar de pé + 15 mins	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Yard/House Work Trabalho de jardim/casa	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Walking +15 mins Caminhar +15 mins	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Running +15 mins Correr + 15 mins	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER
Other: _____ Outras	<input type="checkbox"/> NO EFFECT NAO TEM EFEITO	<input type="checkbox"/> PAINFUL (CAN DO) DOLORIDO (POSSO FAZER)	<input type="checkbox"/> PAINFUL (LIMITS) DOLORIDO	<input type="checkbox"/> UNABLE TO PERFORM NAO POSSO FAZER

PATIENT NAME: _____ DATE: _____

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

Por favor marque **P** para **Passado**, **A** para **Atual**, ou **N** para **Nunca**

<input type="checkbox"/> HEADACHES Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> PREGNANT (now) Grávida (agora)	<input type="checkbox"/> DIZZINESS Tontura	<input type="checkbox"/> PROSTATE PROB. Problemas de prostata	<input type="checkbox"/> ULCERS Úlceras
<input type="checkbox"/> NECK PAIN Dor no pescoco	<input type="checkbox"/> FREQUENT COLDS/FLUS Gripes/resfriados frequente	<input type="checkbox"/> LOSS OF BALANCE Perca de equilibrio	<input type="checkbox"/> IMPOTENCE/SEXUAL DYSFXN. Impotência/Disfunções sexuais	<input type="checkbox"/> HEARTBURN Azia
<input type="checkbox"/> JAW PAIN Dor na mandibula	<input type="checkbox"/> CONVULSIONS/EPILEPSY Convulsões/Epilepsia	<input type="checkbox"/> FAINTING Desmaio	<input type="checkbox"/> DIGESTIVE PROBLEMS Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> HEART PROBLEMS Problemas de coração
<input type="checkbox"/> SHOULDER PAIN Dor no ombro	<input type="checkbox"/> TREMORS Tremores	<input type="checkbox"/> DOUBLE VISION Visão Dupla	<input type="checkbox"/> COLON PROBLEMS Problemas no colon	<input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE Pressão alta
<input type="checkbox"/> UPPER BACK PAIN Do na parte superior das colunas	<input type="checkbox"/> CHEST PAIN Dor no tórax	<input type="checkbox"/> BLURRED VISION Visão embaçada	<input type="checkbox"/> DIARRHEA/CONSTIPATION Diarreia/constipação	<input type="checkbox"/> LOW BLOOD PRESSURE Pressão baixa
<input type="checkbox"/> MID BACK PAIN Dor na parte do meio da coluna	<input type="checkbox"/> PAIN W/ COUGH/SNEEZE Dor quando tosse/espirma	<input type="checkbox"/> RINGING IN EARS Ruído no ouvido	<input type="checkbox"/> MENOPAUSAL PROBLEMS Menopausa	<input type="checkbox"/> ASTHMA Asma
<input type="checkbox"/> LOW BACK PAIN Dor na lombar	<input type="checkbox"/> FOOT OR KNEE PROBLEMS Problemas com pés/ joelho	<input type="checkbox"/> HEARING LOSS Perda de audição	<input type="checkbox"/> MENSTRUAL PROBLEMS Problemas menstruais	<input type="checkbox"/> DIFFICULT BREATHING Problemas de respirar
<input type="checkbox"/> HIP PAIN Dor no quadril	<input type="checkbox"/> SINUS/DRAINAGE PROBLEMS Sinusite/Drenagem	<input type="checkbox"/> DEPRESSION Depressão	<input type="checkbox"/> CEREBRAL VASCULAR Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/> LUNG PROBLEMS Problemas de pulmão
<input type="checkbox"/> HEART ATTACK Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> SWOLLEN/PAINFUL JOINTS Juntas inchadas e doloridas	<input type="checkbox"/> IRRITABLE Irritabilidade	<input type="checkbox"/> BED WETTING Urinar na cama	<input type="checkbox"/> KIDNEY PROBLEMS Problemas de pulmão
<input type="checkbox"/> SCOLIOSIS Esvoliose	<input type="checkbox"/> SKIN PROBLEMS Problemas de pele	<input type="checkbox"/> MOOD CHANGES Mudanças de humor	<input type="checkbox"/> LEARNING DISABILITY Dificuldade de aprendizagem	<input type="checkbox"/> PMS TPM
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> EATING DISORDER Desordem alimentar	<input type="checkbox"/> LIVER PROBLEMS Problemas no fígado	<input type="checkbox"/> NUMB/TINGLING ARMS, HANDS, FINGERS Dormência/Formigamento nas mãos, braços, e dedos	
<input type="checkbox"/> ALLERGIES Alergias	<input type="checkbox"/> TROUBLE SLEEPING Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> HEPATITIS (A,B,C) Hepatite	<input type="checkbox"/> NUMB/TINGLING LEGS, FEET, TOES Dormência/Formigamento nos pés, pernas, e dedos	
<input type="checkbox"/> BROKEN BONE/FX Fratura	<input type="checkbox"/> DISLOCATIONS Deslocação	<input type="checkbox"/> TUMORS Tumores	<input type="checkbox"/> RHEUMATOID ARTHRITIS Artrite Reumatoide	<input type="checkbox"/> DISABILITY Incapacidade
<input type="checkbox"/> DIABETES Diabete	<input type="checkbox"/> OSTEOARTHRITIS Osteoartrite	<input type="checkbox"/> CANCER Cancer	OTHER SERIOUS CONDITIONS: Outras condições críticas:	

List prescription & Nonprescription drugs you take: _____

Enumere los medicamentos recetados y no recetados que toma: _____

PATIENT NAME: _____ DATE: _____

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.

OS CUIDADOS QUIROPRÁTICOS, COMO TODAS AS FORMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE, AO OFERECER BENEFÍCIOS CONSIDERÁVEIS, PODEM TAMBÉM FORNECER ALGUM NÍVEL DE RISCO. ESSE NÍVEL DE RISCO É MÍNIMO, AINDA, EM CASOS RAROS, A LESÃO ESTÁ ASSOCIADA A CUIDADOS QUIROPRÁTICOS. OS TIPOS DE COMPLICAÇÕES QUE FORAM RELATADAS AOS CUIDADOS QUIROPRÁTICOS SÃO SECUNDÁRIOS, E INCLUEM: LESÕES POR PRESSÃO / ESTIRAMENTO, IRRITAÇÃO DE UMA CONDIÇÃO DE DISCO E RARAMENTE, FRATURAS. UMA DAS MAIS RARAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS QUIROPRÁTICOS OCORREM DE UMA EM UMA MILHÃO DE AJUSTES DA COLUNA CERVICAL (PESCOÇO) PODEM SER UMA LESÃO VERTEBRAL QUE PODE LEVAR A UM AVC. ANTES DE RECEBER CUIDADOS QUIROPRÁTICOS NESTE ESCRITÓRIO DE QUIROPRÁTICA, SERÃO CONCLUÍDOS UM HISTÓRICO DE SAÚDE E UM EXAME FÍSICO. ESTES PROCEDIMENTOS SÃO REALIZADOS PARA AVALIAR SUAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS, DE SUA SAÚDE GERAL E, EM PARTICULAR, SUA SAÚDE DA COLUNA. ESTES PROCEDIMENTOS NOS AJUDARÃO A DETERMINAR A NECESSIDADE DE CUIDADOS QUIROPRÁTICOS OU QUAISQUER OUTROS EXAMES OU ESTUDOS. ALÉM DISSO, ELES PODEM NOS AJUDAR A DETERMINAR SE HÁ QUALQUER MOTIVO PARA MODIFICAR SEU CUIDADO OU FORNECER A VOCÊ UM ENCAMINHAMENTO PARA OUTRO PROVEDOR DE CUIDADOS DE SAÚDE. TODAS AS ACHADOS RELEVANTES SERÃO INFORMADOS A VOCÊ JUNTO COM UM PLANO DE CUIDADOS ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO.

ENTENDO E ACEITO QUE EXISTEM RISCOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS QUIROPRÁTICOS E CONSINTO O EXAME QUE O MÉDICO JULGAR NECESSÁRIO E OS CUIDADOS QUIROPRÁTICOS, INCLUINDO AJUSTES DA COLUNA, CONFORME RELATO NO SEGUINTE DA MINHA AVALIAÇÃO .

Patient or Authorized Person's Signature

Assinatura do paciente ou responsável

____ - ____ - ____
Date Completed

Data de Conclusão

IF PATIENT IS A MINOR, PLEASE STATE RELATIONSHIP: _____

SE O PACIENTE É DE MENOR, QUAL O RELACIONAMENTO AO MENOR

Doctor/Witness Signature

Assinatura do(a) doutor(a)

____ - ____ - ____
Date Form Reviewed

Data de Revisão

PATIENT NAME: _____ 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 SEU PROVEDOR DE SAÚDE, SOMOS LEGALMENTE RESPONSÁVEIS PELOS SEUS REGISTROS QUIROPRÁTICOS. DEVEMOS MANTER UM REGISTRO DE SUAS RADIOGRAFIAS EM NOSSOS ARQUIVOS. À SEU PEDIDO, TE FORNECEREMOS UMA CÓPIA. A TAXA POR CÓPIA EM UM DISCO É \$15,00. ESTA TAXA DEVE SER PAGA ANTECIPADAMENTE. RAÍOS-X DIGITAIS EM CD ESTARÃO DISPONÍVEIS DENTRO DE 72 HORAS DE PRÉ-PAGAMENTO EM QUALQUER DIA DE PRÁTICA REGULAR. ATENÇÃO: OS RAIOS X SÃO UTILIZADOS NESTE ESCRITÓRIO PARA AJUDAR A LOCALIZAR E ANALISAR AS SUBLUXAÇÕES VERTEBRAIS. ESTES RAIOS X NÃO SÃO USADOS PARA INVESTIGAR PATOLOGIA MÉDICA. OS MÉDICOS DO REACH CHIROPRACTIC NÃO DIAGNOSTICAM NEM TRATAM AS CONDIÇÕES MÉDICAS; NO ENTANTO, SE FOR ENCONTRADA ALGUMA ANORMALIDADE, TEREMOS SUA ATENÇÃO PARA QUE VOCÊ POSSA PROCURAR ACONSELHAMENTO MÉDICO ADEQUADO. AO ASSINAR ABAIXO, VOCÊ ESTÁ CONCORDANDO COM OS TERMOS E CONDIÇÕES ACIMA.

Patient or Authorized Person's Signature
Assinatura do paciente ou responsável

____ - ____ - ____
Date Completed
Data de Conclusão

Age
Idade

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. SOMENTE PARA PACIENTES MULHERES: ATÉ O MELHOR DO MEU CONHECIMENTO, ACREDITO QUE NÃO ESTOU GRÁVIDA NESTE MOMENTO.

Patient or Authorized Person's
Assinatura do paciente ou responsável

____ - ____ - ____
Signature Date Completed

Please review the NOTICE OF PRIVACY PRACTICE page at the end of this clipboard and SIGN BELOW. I am aware that a more comprehensive version of this "Notice" is available to me and several copies kept in this reception area. At this time, I do not have any questions regarding my rights or any of the information I have received.

Reveja a página AVISO DE PRÁTICA DE PRIVACIDADE no final desta área de transferência e ASSINE ABAIXO. Estou ciente de que uma versão mais completa deste "Aviso" está à minha disposição e várias cópias mantidas nesta área de recepção. No momento, não tenho dúvidas sobre meus direitos ou qualquer informação que recebi.

Patient or Authorized Person's Signature
Assinatura do paciente ou responsável

____ - ____ - ____
Date Completed
Data de Conclusão

PATIENT NAME: _____ DATE: _____