

INFORMACION CONFIDENCIAL

Estimado paciente: Bienvenido a nuestra clínica. Intentaremos hacerle sentir confortable en su cita porque nuestro objective es que usted se sienta mejor de salud. Por eso le pedimos que sea tan amable de contestar el presente cuestionario, lo que nos permitirá ayudarlo mejor. Gracias.

PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha: ___ / ___ / ___
Apellido: _____
Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: ___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___
No de niños ___ Numero de Seguro Social: _____ REFERIDO POR: _____
Dirección donde vive: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
Teléfono Residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Ocupación: _____
Dirección del trabajo: _____

PERSONA RESPONSIBLE O ESPOSO(A) O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Numero de Seguro Social: _____ Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____ Ocupación: _____
Dirección del trabajo: _____

FORMA DE PAGO: Efectivo Cheque Tarjeta de credito

INFORMACION DE SEGURO:

Es su condición resultado de un accidente automovilistico? Sí No Fecha en que ocurrió: ___ / ___ / ___
Es su condición resultado de un accidente de trabajo? Sí No Fecha en que ocurrió: ___ / ___ / ___
Ha usted completado un reporte de accidente? Sí No
Tiene usted seguro médico? Sí No Compañía: _____ No. de Seguro _____

Cuales son sus principales problemas de salud? _____

Ha tenido usted un accidente? Sí No Tipo de accidente: ___ Auto ___ Trabajo ___ Deporte ___ Otro
Ha tenido usted en un accidente de tránsito? Sí No ___ En los últimos 5 años ___ Antes ___ Nunca
Ha sido usted hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No

Entiendo que los seguros de salud y accidentes son un acuerdo entre la compañía de seguro y el paciente. Además, esta clínica preparará cualquier forma o reporte necesario para asistirme en ser compensado por la compañía de seguro y que cualquier pago directamente al doctor Sautré sera acreditado a mi cuenta al ser recibida. No obstante, yo acepto que todos los servicios prestados a mi persona o al paciente serán cargados directamente a mi cuenta y yo personalmente seré responsable por el pago. Tambien entiendo que si suspendo o interrumpo el cuidado, cualquier cargo por servicio profesional a mi persona o al paciente, será pagado inmediatamente. Yo autorizo el doctor Sautré para hacer los exámenes, diagnósticos, incluido y no limitado a los radio-x y de dar el cuidado quiropractico que yo necesito para la salud. Además soy consciente de que no hay garantía o seguridad sobre los resultados que se pueden obtener.

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del Paciente o Esposo(a) o Representante legal

NOMBRE: _____

FECHA: ____/____/____

Describe el malestar(es) reciente(s): _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este malestar? Años ____ Meses ____ Días ____ Fecha de Inicio: _____

¿Cómo describiría su dolor? Agudo ____ Adolorido ____ Palpitante ____ Hormigueo ____ Pesado ____

Rígido ____ Espasmo ____ Ardor ____ Dolor ____ Debilidad ____ Entumecimiento ____ Punzadas ____

¿Cuánto calificaría la intensidad del dolor? (Encerrar en un círculo el número adecuado)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No hay dolor)

(Dolor tolerable)

(Dolor insoportable)

¿Qué tan frecuente está presente el dolor? Constante ____ (100%-81%)

Frecuente ____ (80%-51%) Ocasional ____ (50%-26%) Intermitente ____ (25% o menos)

Desde que empezó el dolor ha: Empeorado ____ Mejorado ____ Estado igual ____

¿Cómo empezó su condición? Gradual ____ De repente ____ Por ningún motivo ____

Accidente de auto ____ Accidente Laboral ____ Herida Deportiva ____ Otro accidente ____

¿Qué mejora su problema? Nada ____ Caminar ____ Estar parado(a) ____ Estar sentado(a) ____

Moverse/Hacer ejercicio ____ Estar acostado(a) ____

¿Qué empeora su problema? Nada ____ Caminar ____ Estar parado(a) ____ Estar sentado(a) ____

Moverse/Hacer ejercicio ____ Estar acostado(a) ____

El malestar está interfiriendo con su: Trabajo ____ Dormir ____ Actividades diarias ____ Otro ____

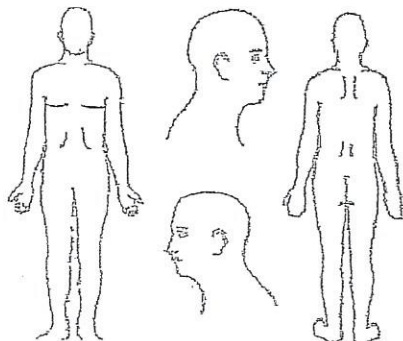
¿Lo(a) ha revisado y/o atendido otro médico por este malestar? _____

¿Está tomando algún medicamento? No ____ Si _____

¿Utiliza algún remedio casero o medicina sin prescripción? No ____ Si _____

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgico? Pasado ____ Presente ____ Por favor, enumerar: _____

A continuación, marque una "X" en el dibujo donde siente dolor y otros síntomas.



He revisado la información proporcionada en este formulario con el (la) paciente

Nombre del (la) paciente _____

Iniciales del Medico _____

NOMBRE _____

FECHA _____

Su cuerpo fue hecho para funcionar bien. Pero algunos eventos de su vida tales como accidentes, golpes, stress, trabajo, deporte, mala-postura en las actividades de la vida afectan su salud y el funcionamiento de su columna vertebral. El siguiente cuestionario va a permitir evaluar las leyes de daños, especialmente de su espalda y sistema nervioso que afecta su salud.

INFORMACION SOBRE SU SALUD DE LA ESPALDA

- Marque con un circulo
- Tiene dolor de cintura? Sí No
 - Tiene dolor de cuello? Sí No
 - Tiene dolor en otras articulaciones del cuerpo? Sí No
 - Le gusta su postura? Sí No
 - Practica regularmente ejercicios para el cuidado de su espalda? Sí No
 - Siente limitaciones con algunos movimientos? Sí No
 - Cree tener desgates en la columna? Sí No
 - Alguna vez a tenido lesiones de cabeza, cuello o espalda? Sí No

INFORMACION SOBRE SU SALUD SU SALUD DURANTE SU INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- | | | | | | |
|----------------------------------|----|----|---|----|----|
| Su parto fue difícil | Sí | No | Ha sufrido infección de los oídos | Sí | No |
| Fue alimentado con leche materna | Sí | No | Racibio instrucciones para cuidar su espalda | Sí | No |
| Ha tenido problemas dentales | Sí | No | Ha tenido accidentes deportivos o un tipo de trauma | Sí | No |
| Se alimenta bien | Sí | No | Ha tenido stress en la escuela o con la familia | Sí | No |

SU SALUD AHORA

Marque Sí con una X en las condiciones que le causa alguna dificultad:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la Cintura | <input type="checkbox"/> Estrass | <input type="checkbox"/> Dolor entre los Hombros | <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Cuello | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Nervio pellizcado en la espalda | <input type="checkbox"/> Indigestión |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Garganta dura | <input type="checkbox"/> Tics nerviosos espasmódico de la cara | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Calentura o fiebre | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Articulaciones/coyunturas dolorosas | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Perdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Perdida del balance | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Tensión interna/Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas or brazos | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Espalda Adolorida | <input type="checkbox"/> Cuello Rigido | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ Tensión interna | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones | <input type="checkbox"/> Problemas de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas | <input type="checkbox"/> Nervio pellizcado | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en los brazos | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> Garganta dura | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Molestias de la menstruación | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Problemas de prostata | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Espasmo musculares | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Gas intestinal | <input type="checkbox"/> Cambio de peso |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Commoción cerebral | <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Glandulas hinchadas | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Jaquecas y migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Infeccion urinarias |
| <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | <input type="checkbox"/> Menopausia | <input type="checkbox"/> Problemas de fertilidad | <input type="checkbox"/> Fumador |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas y hospitalization, etc....: | | | |

Esta usted tomando algún medicamento o anticonceptivo: Sí No y Que tipo, _____

Direne las repuestas que se aplican a usted:

- EJERCICIO: Nunca A veces Cada semana Cada dia
- ESTIRAMIENTOS: Nunca A veces Cada semana Cada dia
- TRABAJO: Sentado Levantar objetos pesados muy fisico de pie en la casa Mucho estrés
- NUTRICIÓN: 8 o mas vasos de agua al día Come muchas frutas y verduras Tome Café Bebidas alcoholicas
- RELAJACIÓN: Duerme boca arriba/abajo/de medio lado Comida rapida A veces no come en la mañana
- Después de dormir se siente bien, mas o menos, cansado(a) Actividades con la familia o con amigos Tiene un dia libre cada semana

| | Cancer | Diabetes | Problema de corazon | Alta Presion | Derrame Cerebral | Problema de Espalda/Escoliosis |
|-------------|--------|----------|---------------------|--------------|------------------|--------------------------------|
| Padre | | | | | | |
| Madre | | | | | | |
| Hermanos/as | | | | | | |

Firma del Paciente o Esposo(a) o Representante legal _____

Fecha: ____ / ____ / ____

ANNUAL CONSENT FORM

Sautre Chiropractic

Consent to Release Protected Health Information (PHI) and/or Records to a Spouse, Family Member or Significant Other: *Please check box that applies.*

Sautre Chiropractic (Serge Sautre DC, PC) designated employee may want to contact you by phone with information such as scheduling follow ups or checkups, to see how you are doing after your visit or instructions from your doctor. We can leave detailed PHI on your voicemail and/or email with your consent.

Which phone number may we leave messages?

Phone # _____ (Cell Home Work)

Email _____

May we discuss your health information with a representative of your choice?

Name _____ Relationship _____ Phone# _____

I do not consent to discuss health information with anyone other than myself.

Consent for Chiropractic Care: Permission is hereby given for any chiropractic procedures including necessary x-rays, clinical tests or adjustments as may be deemed necessary by licensed Doctor of Chiropractic. I understand that as in the practice of medicine, in chiropractic there are some risks to care including, but not limited to fractures, disc injuries, strokes, dislocations, and sprains. I do not expect the doctor to be able to anticipate and explain all risks and complications, and I wish to rely on the doctor to be able to anticipate and explain risks and complications, and I wish to rely on the doctor's judgment during the course of the procedure which the doctor feels necessary at the time, based on facts then known, is in my best interest.

Financial Responsibility: I understand the responsibility of each patient is to arrange for payment for the services received in this office. I hereby authorize any insurance benefits to be paid directly to Sautre Chiropractic (Serge Sautre, DC, PC), and recognize my responsibility to pay for all non-covered services, including out of network insurance expenses that may apply. All insurance will be verified at the time of service at no charge. I also authorize the release of any information necessary to process an insurance claim. Charges for all minors are the responsibility of the parent, guardian, or individual presenting the child for treatment.

Consent to Obtain Health Records: I hereby authorize Sautre Chiropractic to obtain medical records from any other physician or medical facility necessary in the course of my care.

Acknowledgement of Privacy Rights:

By signing below I acknowledge that I have reviewed Sautre Chiropractic notice of Privacy Practices and Individual Rights.

I acknowledge that I have read the above, am giving my consent to the above, and am acknowledging I have been informed of my rights to privacy.

Print Name _____

Signature _____

Date _____