



Heal From Within

1032 S. Alamo Street

San Antonio, TX 78210

210-927-2095

CONSULTORIO QUIROPRACTICO

Razón de su visita (Circulo):

Quiropráctico

Nutrición

Plantillas

Fecha _____ Nombre _____ Sexo M__ F__ Estado Civil: C__ S__ D__ V__ (otro)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de casa () _____ Celular () _____ Email _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad _____ Ocupación: _____ Empleo _____

Ha recibido cuidado quiropráctico? Sí ___ No ___? Cuándo? _____

En caso de emergencia () _____ - _____ Nombre: _____ Relación: _____

1. Razón Principal por buscar tratamiento quiropráctico hoy: _____

Cuando y como comenzaron la queja(s): _____

Las condiciones anteriores son debidas por un accidente automovilístico: SI NO o Lesion relacionada en el trabajo: SI o NO

Gravedad/intensidad de su dolor: Por favor circule 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No dolor)

(Dolor Extremo)

Por favor marque como es su dolor/queja: profundo constante quema/arde palpitante persistente disparo agudo

Dolor viaja a otra zona del cuerpo? En dónde? _____

Tiene hormigueo o entumecimiento en su cuerpo? SI o NO En dónde? _____

Que tan frecuente es el dolor, que tanto dura? _____

Hay algo que agrave su condición? SI o NO: _____

Hay algo que ayude a disminuir el dolor? SI o NO: _____ Tiene pies planos, o dolor en los pies? SI o NO

2. Previos tratamientos, cirugías, o cuidado recibido para tratar su dolor (mencione medicaciones no recetadas):

3. Historial de su salud:

A. Lesion previa o trauma: _____

Ha roto algún hueso? SI o NO Cuales? _____

B. Enfermedades anteriores (diabetes, alta presión sanguínea, colesterol): _____

C. Alergias/Artritis : _____

D. Medicamentos / Vitaminas Que Está Tomando

Clase:

Razón para tomar:

E. Cirugías que ha tenido

Fecha

Tipo de Cirugía

F. MUJERES SOLAMENTE: Embarazos

Embarazos/ Fecha de entrega

Resultado

4. Historial de Salud Familiar:

Problemas de salud asociados con familiares (circule)

Madre: Cancer Corazon Diabetes Otro_____

Padre: Cancer Corazon Diabetes Otro_____

Hermanos: Cancer Corazon Diabetes Otro_____

Hermanos: Cancer Corazon Diabetes Otro_____

5. Historia social y ocupacional:

Nivel de Educación: () Preparatoria () Algo de Colegio () Graduado de Universidad

Descripción de su trabajo: _____ Horario de trabajo: _____

Estilo de vida y rutina de ejercicios (incluyendo el tabaco y el consumo de drogas): _____

Como es su dieta? (Circule)

Saludable

Saludable en veces

Comida Rapida

He leído la información anterior y certifico que es cierto y correcto. Autorizo a este consultorio quiropráctico que me proporcione la atención quiropráctico conforme con los estatutos del estado.

Firma _____ Fecha _____

(a.) *El paciente lee y afirma el consentimiento informado para los ajustes y la atención quiropráctico* _____
Iniciales del paciente

(b.) **Póliza de la Oficina en Citas**

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, programamos las citas en anticipo. Les pedimos que llame si usted es incapaz de llegar a su cita con 24 horas de anticipada si va llegar tarde, por favor contáctenos para avisarnos. La hora de su cita esta reservada para usted. Si usted no notifica a nuestra oficina, deja un espacio abierto que puede ser de ayuda para alguien mas. Si usted pierde su cita sin aviso, **una multa de \$25 será aplicada por citas perdidas de Lunes a Viernes y \$50 en Sábados.** _____

Iniciales del paciente

14-PUNTO DE REVISIÓN DE SISTEMAS

MARQUE CON UN CÍRCULO LOS SÍNTOMAS ACTUALES

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSTITUCIONAL: Fiebre Sudores Nocturnos Escalofríos Fatiga Aumento de peso/Pérdida
de Peso Cambios en el Apetito

OJOS: Cambios en la Visión Perdida de Visión Visión Borrosa Visión Doble Lentes

OREJAS: Dificultad para Escuchar Perdida de la Audición Audífonos

NARIZ: Nariz Congestión Secreción Nasal

BOCA/GARGANTA /VOZ: Dentadura Postiza Llagas en los Labios Úlceras de Boca
Llagas en la Lengua Dolor de Garganta

CABEZA/CUELLO: Dolor de Cuello Rigidez en el Cuello

PIEL: Erupción Lesión Uñas Hematomas Comezón

RESPIRATORIA: Toz Sibilancias Dificultad Para Respirar al estar Acostado
Respiración Dificultosa Despertar del Sueño Jadeando Por Aire

CARDIOVASCULAR: Dolor de Pecho Palpitaciones Desmayarse
Edema de las Extremidades Inferiores

GASTROINTESTINAL / GENITOURINARIO: Dolor Abdominal Náusea Estreñimiento

MUSCULOESQUELETICO: Dolor de Muscular Dolor de Espalda Calambres Musculares
Dolor en las Articulaciones

NEUROLÓGICA: Dolores de Cabeza Mareo Debilidad en un Lado

PSIQUIATRICA: Alteración de Sueno Ansiedad Depresión Pensamientos de Suicidio

Reconocimiento de Consentimiento para Uso y Divulgación de Información Protegida

Uso y Divulgación de su Información Protegida - Su información protegida será usada por SANA Wellness & Health, LLC o divulgado a otros con propósito de tratamiento, obtener pagos, o el apoyo a operaciones del día a día de salud de esta oficina.

Aviso de Practicas de Privacidad - Usted debe revisar el Aviso de Practicas de Privacidad para mas completa descripción de como su Información de Salud Protegida puede ser usada o divulgada. Esto describe sus derechos en que se refieren al uso limitado de información de salud, incluyendo su información demográfica, recopilada por usted y creada o recibida por esta oficina. Usted puede revisar el Aviso antes de firmar el consentimiento. Usted también puede solicitar una copia the el Aviso en la recepción.

Solicitar Una Restricción Sobre el Uso o Divulgación de su Información - Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida. Esta oficina puede o no estar de acuerdo a restringir el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida. Si estamos de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante con nuestra oficina. El uso o divulgación de la información protegida en violacion de un acuerdo sobre la restricción será violada de las normas federales de privacidad.

Revocación del Consentimiento - Puede usted revocar este consentimiento pa el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Usted debe revocar este consentimiento en escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya sucedido anteriormente de el día de la fecha en la cual su revocación de consentimiento es recibida no será afectada.

Reserva del Derecho a Cambiar La Practica de Privacidad - Esta oficina reserva el derecho de modificar ls practicas de privacidad escritas en el Aviso.

Firma - He revisado este formulario de consentimiento y doy permiso a esta oficina de utilizar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella. Soy consciente de que estas oficinas no tiene áreas de terapia abierta.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Fecha

Relación del Representante del Paciente

Quienes podamos dar su ISP

Brenda Hernandez

01/01/2021

Representante de Oficina

Fecha

Formulario de Reconocimiento

**SANA Wellness & Health, LLC
Suhail Daraiseh, D.C.**

Consentimiento para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Yo reconozco que el "Aviso de Practicas de Privacidad" de SANA Wellness & Health, LLC se ha sido proporcionada a mi.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad de SANA Wellness & Health, LLC antes de firmar este documento. El Aviso de Practicas De Privacidad de SANA Wellness & Health, LLC es también proporcionado bajo petición en la recepción de la clínica. El Aviso de Practicas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida lo que va ocurrir en el tratamiento, pago de mis cuentas o en el rendimiento de las operaciones de atención de salud de SANA Wellness & Health, LLC. Este Aviso de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de SANA Wellness & Health, LLC, con respecto a mi información de salud protegida.

SANA Wellness & Health, LLC reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad que se describen en el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso revisado de las practicas de privacidad llamando a a la oficina y solicitar que se envíe una copia por correo o pedir en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha

Brenda Hernandez _____, Nombre del Oficial de Privacidad