

# Formulario Confidencial

Por favor, permita que nuestro equipo saque un copia de su documento de identidad y tarjeta de a seguridad.  
Toda la información que usted aporta es confidencial. Cumplimos con todas las leyes y reglas de privacidad. Favor de utilizar **TINTA** negra o azul.

**Motivo de su visita** (Marque solo una)

- Accidente o lesión de:  Trabajo  Auto  Otro: \_\_\_\_\_
- Empeoramiento de un problema antiguo
- Interés por:  Salud y prevención  Otro: \_\_\_\_\_ Claim #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)      Fecha de accidente (si corresponde al caso)      ¿Quién le refirió/Cómo se enteró de nosotros?

¿Has recibido terapia física, acupuntura, naturopatía o quiropráctica alguna vez?  No  Yes      ¿Fecha de su última visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Su nombre y **primer** apellido      Nombre Preferido       Masculino  Femenino  
Género

\_\_\_\_\_  
Numero de seguridad social      Fecha de nacimiento      Edad       Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  
Estado Civil

\_\_\_\_\_  
Dirección      Teléfono de casa      Nombre de Esposo

\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Código Postal      Teléfono Celular      Nombre de hijo/ Edad

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico      Nombre de hijo/ Edad

\_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia      Nombre de hijo/ Edad

\_\_\_\_\_  
Ocupación      Su empleador

\_\_\_\_\_  
Dirección Del Trabajo      Ciudad      Estado      Código Postal

Médico de Familia/Especialista (si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor      Clínica      Teléfono      Fax

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor      Clínica      Teléfono      Fax



<b>Cuestionario de Aseguración "Personal Injury"</b>		<b>(File Financial)</b>
Por favor rellene todas las líneas - Toda la información es requerida		
Nombre del paciente: _____	Fecha de hoy : ____/____/____	
Fecha del accidente: ____/____/____	Hora del accidente: _____	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Compañía de aseguración: _____		
Ajustador de reclamos: _____		Teléfono #: _____
Reclamo #: _____	Póliza #: _____	
¿Tiene PIP? (Personal Injury Protection)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
A. Si ES así, ¿es usted el asegurado ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
• Limite? <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$35,000 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro _____		
• ¿Cuántas personas estaban en el vehículo? _____ ¿Cuántos vehículos en el accidente? _____		
B. Si NO es así, Nombre del asegurado _____ Teléfono #: _____		
Dirección del asegurada _____		

<b>INFORMACION DE LA PERSONA CULPABLE DEL ACCIDENTE - (Si es la persona del otro vehículo )</b>
<b><u>Información Personal</u></b>
Nombre de la persona culpable: _____
Dirección de la persona culpable: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Ajustador de reclamos: _____ Teléfono #: _____
Reclamo #: _____ Póliza #: _____
<b><u>Información de la aseguración</u></b>
Aseguración de la persona culpable: _____
Dirección de la aseguradora: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Ajustador De reclamos: _____ teléfono #: _____
Reclamo #: _____ Póliza #: _____

<b>Información del abogado</b>
Tiene un Abogado que lo represente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del abogado: _____ Teléfono #: _____
Dirección del abogado: _____

<b>PERSONAL INJURY INSURANCE VERIFICATION (For office use only)</b>
Is there an open PIP claim? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Verify Claim #: _____ DOI: _____
Claims Mailing Address: _____
Verified by: _____ Date: _____ Spoke To: _____





### Contractual Guarantee of Payment for Health Care Services and Irrevocable Direction and Instruction to Counsel

I hereby authorize and direct you, my attorney to pay directly to Vida Integrated Health such funds as may be due owing for health care services for injuries arising from my motor vehicle accident. I hereby authorize my attorney and involved insurance companies to withhold sums from any settlement, arbitration award, judgment or verdict as may be necessary to adequately protect said doctor or his office against any and all proceeds of my settlement, arbitration award, judgment, or verdict which may be paid to you, my attorney, or myself as the result of the injuries for which I have been treated.

I agree to never rescind this document and that any attempted rescission with not be honored by my attorney.

I fully understand that I am directly and fully responsible to said doctor and his office for all health care bills submitted by him for services rendered to me. Further, this agreement is made solely for said doctor’s additional protection and in consideration of his forbearance on payment: I also understand that such payment is not contingent on any settlement damages or the inclusion of any amount in respect of those bills in the breakdown of any settlement, arbitration award, judgment or verdict.

I specifically request my attorney to acknowledge this agreement by signing below and returning it to the doctor’s office. I have been advised that if my attorney does not wish to cooperate in protecting the doctor’s interest, the doctor will not await payment and will require me to make payments on a current basis.

I fully understand that all past, present and future bills for services rendered by Vida Integrated Health for my treatment are my responsibility for payment. Hereby ratify my agreement to pay all such bills. I also hereby irrevocably agree to have the entire doctor’s bill paid from my proceeds of any nature by way of settlement, arbitration award, judgment, verdict, or otherwise that you, my attorney, or that I, might receive. I do hereby irrevocably instruct my legal counsel to pay the doctor in full from any such proceeds of settlement, arbitration award, judgment or verdict or from the enforcement actions thereon. At the time of disbursement, you are to contact the doctor’s office to verify the current amount of the accounts receivable balance and pay the doctor prior to disbursing any proceeds to me or any other party at my direction; I also understand that if settlement does not cover the doctor’s entire bill I am still responsible for the remainder.

I hereby instruct that in the event that another attorney is substituted in this matter, the new attorney shall be bound by and honor this Contractual Guarantee of Payment for Health Care Services and Irrevocable Direction & Instruction to Counsel as inherent in such substitution and enforceable upon the case as if it were executed by him/her.

I instruct you, my legal counsel, not to attempt to negotiate my doctor’s bill. He has provided all services billed for and I agree to pay him in full. In addition to this agreement, a lien according to the *Revised Code of Washington* may be filed and enforced and the cost for which will be added to the doctor’s bill. Further, I understand that interest charges will apply to any and all services rendered to me according to Washington State law and that interest will accrue on the unpaid balance of my account from the date of service at the rate of 1% per month and compounded on a monthly basis.

Signature of Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

The undersigned, being attorney of record for all above-named patient, does hereby agree to observe all the terms of the above and agrees to withhold such sums from the proceeds of any settlement, arbitration award, judgment or verdict so as to adequately protect the outstanding account of Vida Integrated Health.

Signature of Attorney: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

WSBA Number: \_\_\_\_\_



**Información del accidente (File Chiropractic Hx)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Información General**

- Fecha del accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora del accidente \_\_\_\_\_  AM  PM
- Usted era el:  Conductor  Pasajero de enfrente  Pasajero de atrás  Otro \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas personas había en el vehículo? \_\_\_\_\_
- Su vehículo: Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Su carro estaba:  Parado  Rodando  Aumentando velocidad  Bajando velocidad
- ¿En qué dirección se dirigía?  Norte  Sur  Este  Oeste
- Velocidad a que iba usted \_\_\_\_\_ mph
- ¿Dirección del impacto?  De frente  De atrás  Derecho  Izquierdo
- Por favor describa el accidente en sus propias palabras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- El otro vehículo: Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- El otro carro estaba:  Parado  Rodando  Aumentando velocidad  Bajando velocidad
- Velocidad a que iba el otro: \_\_\_\_\_ mph
- ¿Dónde tuvo lugar el accidente?: Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_
- Visibilidad:  Buena  Limitada  Mala
- Condiciones de la carretera:  Seca  Mojada  Con hielo  Otro \_\_\_\_\_
- ¿Sabía que iba a chocar?  Sí  No
- ¿Se puso tenso antes del impacto?  Sí  No
- ¿Estaba su pie en el freno?  Sí  No
- ¿Tenía su cinturón puesto?  Sí  No
- ¿El cinturón dejó moretones o contusiones?  Sí  No
- ¿En qué posición estaba la reposacabezas? Al nivel de:  la cabeza  el cuello  la espalda superior
- ¿Tuvo las dos manos en el volante?  Sí  No Si no, ¿cuál mano estaba en el volante?  I  D
- ¿En el momento del accidente, ¿hacia dónde miraba?  Adelante  A la izquierda  Atrás  
 A la derecha  Arriba  Abajo
- ¿Perdió usted el conocimiento por el accidente?  Sí  No Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Se activaron las bolsas de aire?  Sí  No
- ¿Se rompió el respaldo del asiento en el accidente?  Sí  No
- ¿Alguna parte de su cuerpo se golpeó con algo en el interior del vehículo?  Sí  No  
Si es así, explique \_\_\_\_\_
- ¿Hay un reporte de policía?  Sí  No ¿Por qué no? \_\_\_\_\_
- ¿Le llevaron al hospital?  Sí  No ¿En ambulancia?  Sí  No
- ¿Se llevo la grúa su carro?  Sí  No
- ¿Cuántos carros estuvieron en el accidente? \_\_\_\_\_

**SUVEHÍCULO**

- ¿Costo estimado del daño de su carro? \$ \_\_\_\_\_ ¿Quien dio este presupuesto? \_\_\_\_\_

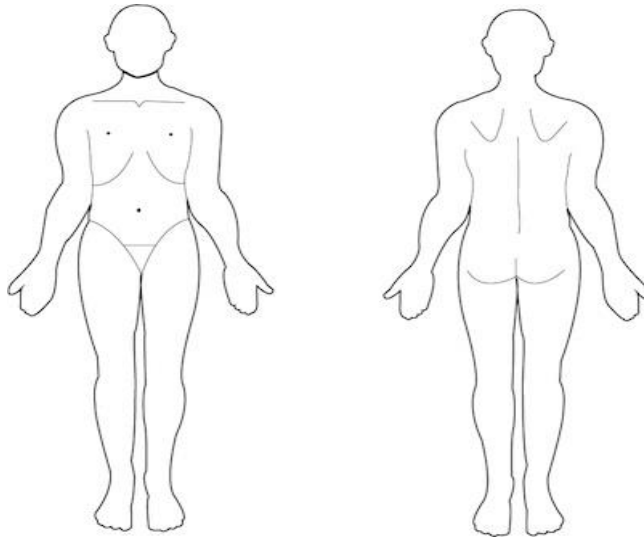
**EI OTROVEHÍCULO**

- ¿Costo estimado del daño de su carro? \$ \_\_\_\_\_ ¿Quien dio este presupuesto? \_\_\_\_\_



● 1. Indique sus dolencias

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

● 2. Ubicación (Dónde duele)

Marque las área(s) en las ilustraciones.

3. ¿Ha recibido una evaluación y/o tratamiento por sus lesiones actuales?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique:

- Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del doctor o terapeuta: \_\_\_\_\_  
 ¿Exámenes Realizados?  Si  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento/recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Resultados del tratamiento?: \_\_\_\_\_
- Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del doctor o terapeuta: \_\_\_\_\_  
 ¿Exámenes Realizados?  Si  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento/recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Resultados del tratamiento?: \_\_\_\_\_

Examination Note

4. ¿Has tenido los síntomas actuales en el pasado? **ONo OSÍ Si es así, describe:**

Año	Causa	¿Pruebas diagnósticas?	¿Se resolvió completamente?
			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

5. Indique cualquier prueba diagnóstica que has hecho en el último año:

--

● 6. Activities of Daily Living (ADL)

¿Cómo afecta su condición actual a su vida y la habilidad de funcionar?

	No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afecta Severo		No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afecta Severo
Estar sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ir de compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantarse de la silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hacer deberes de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Levantar objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alzar los brazos por encima de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ducharse o bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrar/salir del auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quedarse dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducir el auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirar por el hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabajar en el jardín/"yard"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar a la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ejercicio/Ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deberes de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Historia personal, familiar y social**

Por favor explique su historial médico, incluya accidentes, lesiones, enfermedades y tratamientos. Por favor, llene cada sección **completamente**.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

<b>7. ¿Ha sido hospitalizado o tenido una cirugía?</b>				○ Sí ○ No si la respuesta es sí, describa:	
Año	Razón	Tratamiento	Resultados		
<b>8. ¿Ha tenido un trauma o accidente?</b> (Accidente de auto, lesión en el trabajo, de un deporte, fracturas)				○ Sí ○ No si la respuesta es sí, describa:	
Año	Razón	Tratamiento	Resultados		
<b>9. ¿Toma algún medicamento?</b> (Incluso sin receta - ej:Tylonol)				○ Sí ○ No Si la respuesta es sí, describa:	
Nombre	Razón	x/día	Dosis	¿Cuánto tiempo?	
<b>10. ¿Tiene ud. alergias?</b>				○ Sí ○ No Si la respuesta es sí, describa	

**11. Historia Familiar**

Algunos problemas de salud son hereditarios. ¿Hay algún historial de enfermedad (cáncer, artritis, enfermedades del corazón, depresión, diabetes, etc.) en su familia inmediata?

	Pariente	Edad (si está vivo)	Estado de Salud		Enfermedad	Edad cuando murió	Causa de fallecimiento	
			Bueno	Malo			Natural	Enfermedad
FAMILIA	Madre	_____	○	○	_____	_____	○	○
	Padre	_____	○	○	_____	_____	○	○
	Hermana 1	_____	○	○	_____	_____	○	○
	Hermana 2	_____	○	○	_____	_____	○	○
	Hermano 1	_____	○	○	_____	_____	○	○
	Hermano 2	_____	○	○	_____	_____	○	○
	otro	_____	○	○	_____	_____	○	○

¿Hay otros problemas hereditarios de salud que debe saber el doctor? \_\_\_\_\_

**12. Historia Social/Ocupacional**

SOCIAL	¿Cuál es su ocupación? _____	
	¿Duerme bien en la noche? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Ronca fuertemente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Tiene problemas para conciliar el sueño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuántas horas duerme en la noche? <input type="radio"/> < 6h <input type="radio"/> 6-8h <input type="radio"/> > 8h
	¿Se despierta frecuentemente por la noche? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Su postura preferida para dormir? <input type="radio"/> Boca arriba <input type="radio"/> Boca abajo <input type="radio"/> de lado
	¿Rechina los dientes por la noche (bruxismo)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Califica su nivel de fatiga (0-10) _____
¿Cuántos años tiene su colchón? _____		
¿Con qué frecuencia hace ejercicio?: <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Ocasionalmente (<1x/semana) <input type="radio"/> Frecuentemente (2-3x/semana) <input type="radio"/> Diario		
¿Cuánta agua bebe?: <input type="radio"/> <33oz(1L) <input type="radio"/> 33-50oz (1-1.5L) <input type="radio"/> >50oz(1.5L)		
SOCIAL	Bebidas alcohólicas <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	Cafeína <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	Tabaco <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <½ cajetilla/día <input type="radio"/> >½ cajetilla/día <input type="radio"/> >1 cajetilla/día	
	Gaseosas (como CocaCola) <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	¿Toma vitaminas/suplementos? <input type="radio"/> No toma <input type="radio"/> Glucosamina <input type="radio"/> Condroitina <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multi-Vitamina <input type="radio"/> FishOils <input type="radio"/> Pro-bioticos <input type="radio"/> Magnesio	
	<input type="radio"/> "Greens" <input type="radio"/> Complejo B <input type="radio"/> Vitamina C <input type="radio"/> Vitamina D <input type="radio"/> Vitamina E Otros: _____	
	Describe sus hábitos alimenticios: <input type="radio"/> No desayunar <input type="radio"/> Dos comidas por día <input type="radio"/> Tres comidas por día <input type="radio"/> Picar entre comidas	
	Intolerancias/restricciones dietéticas: _____	
	¿Qué es su nivel de estrés? (0-10): _____	¿Cuáles son las causas principales de estrés? <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Economía <input type="radio"/> Familia/hijos
	Hobbies: _____	



**13. Revisión de sistemas**

Nuestro cuidado se centra en la integridad de su sistema nervioso que controla y regula todo el cuerpo. Por favor, marque el círculo al lado de cualquier condición que usted ha tenido o tiene actualmente :

a. HEENT	b. Piel	c. Respiratorio	d. Neurológico	e. Digestivo	f. Endocrino	g. Genito-urinario
<input type="radio"/> Vista borrosa	<input type="radio"/> La piel seca	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/> Ulcera	<input type="radio"/> Tiroides	<input type="radio"/> Cálculos (Riñones)
<input type="radio"/> Manchas en la vista	<input type="radio"/> Psoriasis	<input type="radio"/> Apnea	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/> Hipoglucemia	<input type="radio"/> Prostatitis
<input type="radio"/> Sordera	<input type="radio"/> Eczema	<input type="radio"/> Dificultad de respirar	<input type="radio"/> Hormigueos	<input type="radio"/> Sensibilidad alimenticia	<input type="radio"/> Problemas inmunológicos	<input type="radio"/> Disfunción eréctil
<input type="radio"/> Tinitus	<input type="radio"/> Acné	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> Mareos	<input type="radio"/> Reflujo gástrico	<input type="radio"/> Baja energía	<input type="radio"/> Mojar la cama
<input type="radio"/> Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Pérdida de pelo	<input type="radio"/> Obstrucción crónica de los pulmones	<input type="radio"/> Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Estreñimiento	<input type="radio"/> Glándulas hinchadas	<input type="radio"/> Síndrome premenstrual
<input type="radio"/> Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Ronchas	<input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> Adormecimiento	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Infecciones frecuentes	<input type="radio"/> Infertilidad
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Melanoma	<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Esclerosis Múltiple	<input type="radio"/> Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/> Quistes de los ovarios	<input type="radio"/> Infecciones urinarias
<input type="radio"/> Infecciones del oído	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Síndrome de intestino irritable	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Candidiasis
<input type="radio"/> Sinusitis		<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Fibromialgia	<input type="radio"/> Colitis	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Papanicolaou anormal
<input type="radio"/> Pólipos de la nariz			<input type="radio"/> Dolor crónico	<input type="radio"/> Celiaco	<input type="radio"/> Bocio	<input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="radio"/> Infección de la garganta			<input type="radio"/> Trastornos del estado de ánimo	<input type="radio"/> Diverticulitis/osis	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno
<input type="radio"/> Mononucleosis			<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Gases/Empachado		
<input type="radio"/> Ninguno				<input type="radio"/> Problemas de la vesícula biliar		
				<input type="radio"/> Ninguno		

h. Constitucional	i. Cardiovascular	j. General
<input type="radio"/> Desmayos	<input type="radio"/> Angina	<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Bajo Libido	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Epilepsia
<input type="radio"/> Bajo Apetito	<input type="radio"/> Presión alta	<input type="radio"/> SIDA
<input type="radio"/> Dificultad de perder peso	<input type="radio"/> Presión baja	<input type="radio"/> Adicción a alcohol o drogas
<input type="radio"/> Debilidad	<input type="radio"/> Salen moretones fácilmente	<input type="radio"/> Gota
<input type="radio"/> Cambio de peso repentino	<input type="radio"/> Mala circulación	<input type="radio"/> Polio
<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Derrame cerebral	<input type="radio"/> Fiebre Reumática
<input type="radio"/> Escalofríos	<input type="radio"/> Soplo cardiaco	<input type="radio"/> Escarlatina
<input type="radio"/> Transpiración nocturna	<input type="radio"/> Arritmia	<input type="radio"/> Tifoidea
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Enfermedad cardiovascular	<input type="radio"/> Malaria
	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Goteo Posnasal
		<input type="radio"/> Otro:
		<input type="radio"/> Otro:
		<input type="radio"/> Otro:

15. ¿Qué es lo más importante que usted puede hacer para mejorar su salud? \_\_\_\_\_

.....

Para uso de la oficina



## Cuestionario de síntomas pos-trauma

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Es **importante** que esta sección sea rellena en **detalle**. Fíjese en cada síntoma en la columna izquierda y marca **todas** las columnas que correspondan. Tenga cuidado de indicar cuándo fue el inicio de cualquiera de los siguientes síntomas. Deje en blanco la fila si el síntoma no le aplica a usted.

SÍNTOMAS (Marque todas las que apliquen)	Justo después Dentro de 3 horas	Más tarde de 1-14 días después	Actualmente	Tenia síntomas similares 1-3 meses antes	*** SOLO PARA USO MÉDICO ***
<b>DOLOR/ RIGIDEZ</b>					
<input type="checkbox"/> Cabeza					
<input type="checkbox"/> Mandíbula					
<input type="checkbox"/> Cuello					
<input type="checkbox"/> Hombro					
<input type="checkbox"/> Brazo					
<input type="checkbox"/> Muñeca/mano/dedos					
<input type="checkbox"/> Espalda					
<input type="checkbox"/> Pecho					
<input type="checkbox"/> La caja torácica					
<input type="checkbox"/> Espalda baja(lumbar)					
<input type="checkbox"/> Caderas					
<input type="checkbox"/> Piernas/muslo					
<input type="checkbox"/> Rodilla					
<input type="checkbox"/> Tobillo/pie					
<input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>ADORMECIMIENTO/HORMIGEO</b>					
<input type="checkbox"/> Brazo					
<input type="checkbox"/> Muñeca/mano/dedos					
<input type="checkbox"/> Piernas/muslo					
<input type="checkbox"/> Pie/Dedos del pie					
<b>OTROS:</b>					
<input type="checkbox"/> Debilidad en los brazos/Piernas					
<input type="checkbox"/> Fatiga					
<input type="checkbox"/> Ansiedad					
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir					
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido					
<input type="checkbox"/> Problemas de concentración					
<input type="checkbox"/> Visión borrosa					
<input type="checkbox"/> Irritabilidad					
<input type="checkbox"/> Dificultad de tragar					
<input type="checkbox"/> Mareos					
<input type="checkbox"/> Problemas de memoria					
<input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbidos)					
<input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación					
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz					
<input type="checkbox"/> Otra _____					

Firmas del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





**PÓLIZA FINANCIERA: PLAN DE LESIONES PERSONALES (File Financial)**

Nuestra oficina se complace en aceptar su caso de accidente/lesión siempre cuando las siguientes pólizas sean entendidas:

**Para los pacientes con PIP (Protección de lesiones personales)**

- Usted debe proporcionar a nuestra oficina toda la información necesaria y rellenar los formularios de seguro correspondientes del vehículo para abrir su reclamo.
- Le enviaremos la factura a su compañía de seguro directamente por los servicios que reciba en nuestra oficina.
- Los costos de complementos de tratamiento y productos nutricionales deben ser pagados en el momento en que se reciben. Si su compañía de seguro paga por los materiales, se le daremos crédito a cuenta o se le haremos un reembolso.
- Si los beneficios de PIP se han agotado o su compañía de seguros determina que ya no necesita atención continua antes de que sus lesiones hayan desaparecido, nuestra oficina se ve obligado a esperar hasta que usted esté preparado para resolver su reclamo para recibir el pago en su totalidad. Esto puede tomar meses o años, dependiendo de cada caso individual. En tal caso, por favor consulte nuestra política de abajo respecto de las reclamaciones de terceros.

**Pagadores de terceros (Para los pacientes que no tienen PIP)**

El pago de los servicios pueden ser diferidos hasta que se resuelva el caso, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones y políticas.

- Tener el servicio de un abogado especializado en casos de lesiones personales retenido para que le represente.
- Si su reclamo se extiende mas allá de (1) año, entonces comenzará usted a pagar el 5% del saldo pendiente de pago por mes hasta que la cuenta se paga en su totalidad.
- Vamos a presentar un embargo médico, que se registra en la corte de King o Pierce County, que protege nuestro derecho a ser pagado.
- Un cargo por financiamiento del saldo será aplicado cada mes.
- Pagar \$45.00 por cada sesión de masaje a la hora de los servicios.

**Yo Comprendo Y estoy de Acuerdo Con Las Pólizas Mencionadas**

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Por favor deletrea)

Firma : \_\_\_\_\_ C.A. Iniciales: \_\_\_\_\_



**Reconocimiento**

Para establecer expectativas claras, mejorar las comunicaciones y ayudarlo a obtener los mejores resultados en el menor tiempo posible, por favor lea cada frase y firmar el consentimiento.

### Consentimiento

A través delo presente solicito y doy consentimiento para la realización de procedimientos, que pueden incluir, pero no es limitada, a los diversos modos de fisioterapia, masaje, radiografías y/o ajustes quiroprácticos a mi persona por el médico nombrado a continuación y/o médicos con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estén empleados o asociados con Vida Integrated Health, incluidos los que trabajan en el centro o la oficina que se indica a continuación o cualquier otra oficina o centro.

He tenido la oportunidad de discutir con el médico nombrado a continuación y/o con otros miembros del equipo de la oficina o la clínica sobre el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos.

Entiendo, y estoy informado de que en la medicina, y en la aplicación de la quiropráctica, existen algunos riesgos incluyendo, pero no limitándose a, las fracturas, lesiones de disco, derrames, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y quiero confiar en el juicio del médico durante el curso del tratamiento que al doctor estima, basado en los hechos conocidos, es en mi mejor interés.

He leído, o se me ha leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y estoy de acuerdo con el procedimiento mencionado. Mi intención es de que éste consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura.

### Para el Paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Para el Representante del paciente si el paciente es un menor o esta discapacitado

Nombre del representante \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



HEALTH INSURANCE DIRECTIVE TO DOCTOR AND ATTORNEY/INSURANCE ADJUSTER

I hereby direct \_\_\_\_\_ (hereafter PROVIDER):

\_\_\_ TO BILL MY HEALTH INSURANCE:

I have health insurance through \_\_\_\_\_ under Policy number \_\_\_\_\_. I understand that by directing PROVIDER to bill my health insurance, I must pay all co-pays, deductibles and/or charges in excess of stop losses, as applicable, at the time of treatment, without exception.

\_\_\_ NOT TO BILL MY HEALTH INSURANCE/L&I:

I have health insurance through \_\_\_\_\_ under Police/Claim number \_\_\_\_\_. Because I find it difficult to meet the financial requirements of my health insurance company (including, but not limited to: co-pays, deductibles, limits on number of visits, stop losses, as the case may be), I direct PROVIDER not to bill my health insurance company.

Instead, in consideration of my doctor’s treatment of me without billing my health insurance/L&I company, I \_\_\_\_\_ hereby agree to this Third-Party Settlement Directive to Attorney or Insurance Adjuster (Hereafter, “Third Party Directive”):

By signing below, I hereby direct my attorney and/or adjuster to pay PROVIDER directly from any award, judgment or settlement of my motor vehicle accident/personal injury claim of \_\_\_\_\_ the entire outstanding balance for my treatment related to that injury. I direct my attorney not to bill my health insurance company at any time without the express written consent of PROVIDER.

I agree that once treatment is provided by PROVIDER, this Third-Party Directive may not be rescinded or revoked without the express written consent of PROVIDER. Further, I agree that this directive shall remain in full effect notwithstanding any change of attorney or insurance adjuster or any other circumstance. I understand that I am also personally financially responsible for all charges not covered by this Third-Party Directive. I also understand that I am personally responsible for all of my outstanding medical bills irrespective of the outcome of my motor vehicle accident/personal injury claim. I understand that all fees for professional services rendered are due and payable at the time of service. I agree that this directive does not waive any other remedies or rights of collection by PROVIDER. I also authorize my doctor, my attorney, and/or my insurance company to release any and all information required for the payment of my outstanding medical bills.

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date



### Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad

Entiendo que, en virtud del “Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996” (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en ese tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo los procedimientos normales de la salud tales y como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entendido su “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad” que contiene una descripción más completa de los usos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada de lo mismo.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite como es que mi información privada es usada o revelada, para llevar a cabo tratamiento, colección de pago o atención médica. Además, entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, sin embargo, si usted está de acuerdo entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Uso de Oficina

He tratado de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad”, pero no pude hacerlo, como se describe a continuación:

Fecha:

Iniciales:

Razón:

## Notice of privacy practices

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El HealthInsurancePortability&AccountabilityAct de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros de cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o por vía oral, se mantenga adecuadamente confidencial. Esta ley le da al paciente derechos importantes para comprender y controlar cómo su información de salud es usada. "HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que utiliza de manera no legal su información de salud personal.

Según los requisitos de "HIPAA", hemos preparado esta explicación de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y revelar su historia clínica para cada uno de los fines siguientes: tratamiento, obtener pago y atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Un ejemplo de esto sería incluir un examen físico.
- El pago se refiere a actividades tales como la obtención de reembolso de los servicios, lo que confirma las actividades de cobertura, facturación o colección y análisis de utilización. Un ejemplo de esto podría ser el envío de un proyecto de ley para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Los procedimientos de atención médica incluyen los aspectos del negocio de la ejecución de nuestra praxis, tales como la realización de la evaluación de calidad y actividades de mejora, las funciones de auditoría, análisis de costes y de gestión, y servicio al cliente. Un ejemplo podría ser un examen de evaluación de calidad interno.

Además podemos crear y distribuir información no identificable de la salud mediante la eliminación de todas las referencias a la información personal identificable.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud y servicios que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación se hará únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y respetar esa solicitud por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relacionadas con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados concordar con las restricciones solicitadas.
- El derecho de solicitar de manera razonable comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida.
- El derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso.

Patient Copy

