

PATIENT INFORMATION

Información del Paciente

Date _____ Cell Phone _____
Fecha *Teléfono celular.*

Name _____ Soc. Sec # _____ E-mail: _____
Nombre Seguro Social Correo electrónico

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Sex M _____ F _____
Dirección Ciudad Estado Código postal Sexo M F

Age _____ Birthdate _____ Single _____ Married _____ Date your pain began _____ Did it occur suddenly _____ or gradually _____
Edad Fecha de nacimiento Soltero/a Casado/a Fecha del comienzo de su dolor Le ocurrió repentinamente o gradualmente

Patient Employed by _____ Occupation _____ Number of years doing current job _____
Paciente empleado por Ocupación Cuántos años tiene en este trabajo

Whom may we thank for referring _____
A quien se le agradecerá por referirlo/a?

In case of emergency who should be notified? _____ Relationship _____ Phone _____
En caso de emergencia a quien se le notificará? Relación Teléfono

PRESENT SYMPTOMS/ Sintomas presentes

CIRCLE WHICH APPLIES *Circule el qué aplica*

Pain <i>Dolor</i>	Stiffness <i>Tieso</i>	Tingling <i>Hormigueo</i>	Numbness <i>Entumecimiento</i>	Neck <i>Cuello</i>
P	S	T	N	
P	S	T	N	Mid back <i>Espalda</i>
P	S	T	N	Low back <i>Cintura</i>
P	S	T	N	Shoulder <i>Hombro</i>
P	S	T	N	Arm <i>Brazo</i>
P	S	T	N	Hand <i>Mano</i>
P	S	T	N	Hip <i>Cadera</i>
P	S	T	N	Knee <i>Rodilla</i>
P	S	T	N	Leg <i>Pierna</i>
P	S	T	N	Foot <i>Pie</i>
P	S	T	N	Chest <i>Pecho</i>
P	S	T	N	Head <i>Cabeza</i>
P	S	T	N	Eyes / ears <i>Ojos / orejas</i>
P	S	T	N	Abdominal <i>Estómago</i>

AGGRAVATED BY *Agravados por*

- Lifting *Levantarse*
- Bending *Agacharse*
- Standing *Pararse*
- Walking *Caminando*
- Sitting *Sentarse*
- Lying down *Acostarse*

ADDITIONAL SYMPTOMS *Sintomas adicionales*

- Headache *Dolor de cabeza*
- Tension *Tensión*
- Dizziness *Mareos*
- Nervousness *Nerviosismo*
- Fatigue *Fatiga*
- Insomnia *Insomnio*
- Difficulty breathing *Dificultad al respirar*
- Irritability *Irritable*
- Muscle spasm *Tensión muscular*

Chronic Conditions *Condiciones crónicas*

- Stroke *Accidente cerebrovascular*
- Heart Attack *Ataque del corazón*
- Hypertension *Hipertensión*
- HIV *VIH*
- Diabetes *Diabetes*
- Vision Changes *Cambios de visión*
- Cancer *Cáncer*
- Surgeries *Cirugías*

Family History *Historia familiar*

- Heart Disease *Enfermedad cardíaca*
- Cancer *Cáncer*
- Diabetes *Diabetes*

HISTORY OF COMPLAINT/ Queja historial

Other symptoms than above _____
Otros síntomas no mencionados

Have you lost time from work? Yes _____ No _____ How many days/weeks? _____ Dates from _____ Thru _____
A perdido tiempo en su trabajo Sí No Cuántos días/semanas? Desde la fecha de Hacia

Have you gone to the emergency room for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Where _____
A hido al cuarto de emergencia por esta condición? (estado) Sí No Fecha Dónde

Have you been hospitalized for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Which hospital _____
A sido hospitalizado por esta condición (estado) Sí No Fecha Cual hospital

Have you seen any other doctors for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Dr. _____
A visto algún otro doctor/a por esta condición (estado) Sí No Fecha Doctor

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

HEALTH HISTORY/ Historia de Salud

Are you receiving care for any other conditions? Yes _____ No _____ Which condition? _____
Esta recibiendo cuidado por alguna otra razón? Sí No Que condición?

Other conditions _____
Otras condiciones

Are you taking medication for any conditions? Yes _____ No _____
Esta tomando medicamento por alguna condición? Sí No

List medications: *Lista de medicamentos:*

1. _____ Condition _____ <i>Condición</i>	3. _____ Condition _____ <i>Condición</i>
2. _____ Condition _____ <i>Condición</i>	4. _____ Condition _____ <i>Condición</i>

PREVIOUS INJURIES/ Lastimaduras previas

Have you had any previous injuries that may relate to this condition? Yes No Explain _____
A tenido alguna lastimadura previa que se pueda relacionar con esta condición? Sí No Explica _____

Did you receive care for this injury? Yes No When? _____ Type of care: Chiropractic Medical Physical therapy
Recibió cuidado sobre esta lastimadura? Sí No Cuando? _____ Tipo de cuidado: Quiropráctico Médico Terapia física

Have you had any previous automobile accidents? Yes No When? _____ Were you injured? Yes No
A Tenido algún accidente automovilístico previo? Sí No Cuando? _____ Fue lastimado/a? Sí No

Did you receive care after this accident? Yes No When? _____ Type of care: Chiropractic Medical Physical therapy
Recibió cuidado despues de este accidente? Sí No Cuando? _____ Tipo de cuidado: Quiropráctico Médico Terapia física

Have you had any surgeries Yes No When? _____ For what condition? _____
A tenido alguna cirugía/s Sí No Cuando? _____ Sobre que condición? _____

Do you still have pain resulting from surgery? Yes No Describe _____
Como resultado de la cirugía todavía tiene dolor? Sí No Describe _____

ACCIDENT INFORMATION/ Información sobre del accidente

Date of accident _____ Time _____ : _____ Am Pm
Fecha del accidente _____ Tiempo _____ : _____ Am Pm

City _____ # of persons in your vehicle _____
Ciudad _____ Número de personas en su vehículo _____

Were you the driver passenger Pedestrian
Usted era el conductor pasajero peatón

Did your vehicle strike another vehicle after impact? Yes No
Después del impacto, su vehículo choco a otro vehículo? Sí No

How many times was your vehicle struck _____
Cuantas veces recibió el impacto su vehículo? _____

You were hit from the rear front right side left side
Recibió el impacto por: atras enfrente lado izquierdo lado derecho

Were you prepared for the impact? Yes No
Estaba preparado/a para el impacto? Sí No

Who was cited You The driver of your vehicle The driver
Quien fue citado Usted El conductor de su vehículo El otro

of the other vehicle How fast were you going _____
conductor del vehículo Que tan rapido iba _____

You were headed South North East West
Usted se dirigia : Sur Norte Este Oeste

on _____ St Ave Rd in _____
en _____ Calle Ave Rd en _____

Describe your symptoms immediately after the accident:
Describa los síntomas inmediatamente del accidente:

HEALTH INSURANCE INFORMATION/ Información sobre la aseguranza

Company's name _____ Phone _____
Nombre de la compañía _____ Teléfono _____

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

Insured (If other than yourself) _____ Relationship _____
Asegurado (Otra persona aparte de usted) _____ Relación _____

Address _____ Phone _____
Dirección _____ Teléfono _____

Adjuster _____ Claim # _____ Policy # _____
Agente _____ Número de demanda _____ Número de póliza _____

CONSENT TO CHIROPRACTC SERVICES/ Consentimiento para servicios quiroprácticos

I hereby request and consent to chiropractic manipulations and other procedures including various modes of physical therapy, and/or diagnostic tests by Juarez Chiropractic, and staff who now or in the future treat me while employed by this office. I have had an opportunity to discuss with the doctor named above and/or with other clinic personnel the nature and purpose of the treatment I have had. I understand that results are not guaranteed and am informed that, as in the practice of medicine, in the practice of chiropractic there are some risks to treatment, 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 wish to rely on the doctor to exercise judgement during the course of any procedure which the doctor feels at the time is in my best interest. By signing below I agree to the above terms and procedures. I intend this consent to cover any treatment for my present condition and for any future conditions for which I seek treatment by this clinic and/or employed staff.

Patient's Signature _____
Firma del paciente _____

Date _____
Fecha _____

CONSULTATION

Consulta

Name _____ Date _____
 Nombre _____ Fecha _____

ONSET/ Empieza

When did your pain begin? Date _____
 Cuando empezó su dolor? Fecha _____

Same day of the accident/injury *El día del accidente/lastimadura*
 The next day *El día siguiente*
 Two or three days later *Dos o tres días después*

Have you had any previous accidents? Yes No When?
 A tenido algún accidente anteriormente? *Sí No Cuando?*

Have you ever had the same/similar symptoms? Yes No
 A tenido el mismo síntoma anteriormente? *Sí No*

PROVOKE/QUALITY/ Calidad

What makes the pain worse?
 Que hace peor su dolor?

Bending *Agacharse* Sitting *Sentarse* Walking *Caminando*
 Standing *Pararse* Lifting *Levantando* Driving *Manejando*

Are you sleeping comfortably? Yes No Why not?
 Esta dormiendo cómodo/a *Sí No Por qué no?*

Describe your pain EX: Sharp Dull Ache
 Describa su dolor *Por ej: Agudo Liviano Doloroso*

What have you done for relief?
 Que ha hecho para mejorarse?

Ice *Hielo* Rest *Descanso*
 Heat *Calor* Exercise *Ejercicio*

Are you taking medication for pain? Yes No
 Esta tomando medicamento para el dolor? *Sí No*

RADIATING/ Radiando

Does any pain radiate down your arms/legs? Yes No
 El dolor baja hacia sus piernas o brazos? *Sí No*

Arm/s *Brazo* Right *Derecho* Left *Izquierdo* Both *Ambos*
 Leg/s *Pierna* Right *Derecha* Left *Izquierda* Both *Ambas*

SITE/ Localidad

Which area hurts worse? *Cual es la area con peor dolor?*

Neck *Cuello* Arms *Brazos*
 Mid back *Espalda* Legs *Piernas*
 Low back *Cintura* Head *Cabeza*

TIMING/ Frecuencia

When is your pain worse? Mornings Evenings
 Cuando es el dolor más severo? *Por las mañanas Las tardes*

Pain Level (circle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nivel de dolor (circulo)

Frequency Constant *Constante* Intermittant *Intermitente*
 Frecuencia Frequent *Frecuente* Random *Aleatorio*

PREVIOUS CARE/ Cuidado previo

Have you seen any other doctors for this condition? Yes No
 A visto a otros doctores por esta condición? *Sí No*

Who? Dr _____ Which specialty?
 Quién *Dr* _____ *Que especialidad?*

DC *Quiropráctico* MD *Medico* DO *Osteopata*
 Therapist *Where were you seen?* _____
Terapeuta Dónde fue usted visto?

What was done? *Que le hicieron?*
 X-rays *Radiografías* Medication *Medicamento prescrito*
 Examination *Examen* Treatment *Tratamiento*

WORK STATUS/ Trabajo

Are you currently working? Yes No Full Part time
 Esta actualmente trabajando? *Sí No tiempo completo/Medio*

Is the current accident/injury affecting your work? Yes No
 El accidente o lastimadura está afectando su trabajo? *Sí No*

Which activities? Sitting Bending Lifting
 Que actividades *Sentarse Agacharse Levantando*

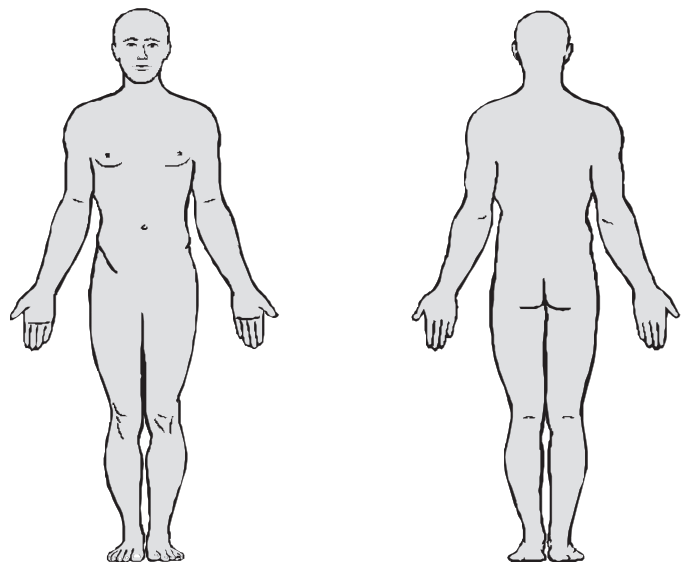
DISABILITY/ Incapacidad

Are you currently on disability? Yes No
 Esta actualmente incapacitado? *Sí No*

If yes, When did your disability begin _____
 Si es sí, cuando empezó su incapacidad

Is light duty available at your work? Yes No
 Hay alguna actividad más liviana en su trabajo? *Sí No*

MARK YOUR AREA/S OF PAIN BELOW/ Marque las areas de dolor



INSURANCE ASSIGNMENT OF BENEFITS/ Asignación de beneficios de seguro

I, the undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage with _____
Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con
and assign directly to Juarez Chiropractic, all insurance benefits if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand
y asigno directamente a Juarez Chiropractic, todos los beneficios de seguro, si los hubiera, que de otra manera me pagarán por los servicios
that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all
prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a
information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions. I also
divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.
understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered to me will be
También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que se me presten será
immediately due and payable.
pagadera inmediatamente.

Patient's Signature _____
Firma del paciente

Date _____
Fecha

SELF PAY PAYMENT INFORMATION/ Información del pago por cuenta propia

I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for
Yo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me hagan sean cobrados a mi; yo personalmente me hago responsable
payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me will
por el pago. También entiendo que si paro o suspendo mi tratamiento y cuidado de los servicios profesionales hacia mi persona seran inmediata-
be immediately due and payable.
mente pagados.

Patient's Signature _____
Firma del paciente

Date _____
Fecha

PATIENT HIPAA CONSENT/ Consentimiento de HIPAA

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that by signing this consent I
Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que al firmar este consentimiento, lo
authorize you to use and disclose my protected health information to carry out, treatment (including direct or indirect treatment by
autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto de otros
other health care providers involved in my treatment): Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company); The
proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento): obtención de pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi seguro empresa); Las
day-to-day health care operations of your practice. I have also been informed of and given the right to review and secure a copy of
operaciones diarias de atención médica de su práctica. También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y asegurar una copia de su
your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health
Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis
information and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time
derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con
and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.
usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Patient's Signature _____
Firma del paciente

Date _____
Fecha

CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR/ Consentimiento para el tratamiento de un menor

I authorize the licensed doctor to administer chiropractic care as deemed necessary to _____ (patient name)
Autorizo al médico con licencia para administrar la atención quiropráctica según se considere necesario para _____ nombre del paciente

Responsible Party Signature _____
Firma de la parte responsable

Relationship _____
Relación