



(Imprima por favor) (Nombre de la doncella si es diferente)
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Estado civil: _____ Género biológico: _____ Pronombre preferido: _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____
 Padre/Guardián: _____ Teléfono del Padre/Tutor: _____
 Celular/Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____
 Referencia: GP / Orto / Self / Otro _____ Debido a: Lesión laboral S/N, Accidente de Auto S/N
 Otro: _____
 PT anterior: _____ Quiropráctica: _____
 Enfermedad/accidente reciente: _____ Imágenes: rayos X / RMN / Otros _____
 Cirugías recientes: _____
 Tabaco: S/N Paquete/Día, _____ Años Alcohol: _____ Bebidas/Semana Café: S / N Soda/Energía: S / N
 Trabajo: _____ Recreación: _____
 % Tiempo: _____ de pie, _____ sentado, _____ moviendo Dias por semana: _____

HISTORIA DE LOS SÍNTOMAS

Síntomas en el inicio: _____
 Presente desde (fecha): _____
 Síntomas presentes: _____

Síntomas Estan: Mejorando / Inmutable / Peor

¿Los síntomas empeoran a cualquier hora del día: S/N

¿Si si, cuando?:

Episodios anteriores: 0 1-5 6-10 11+

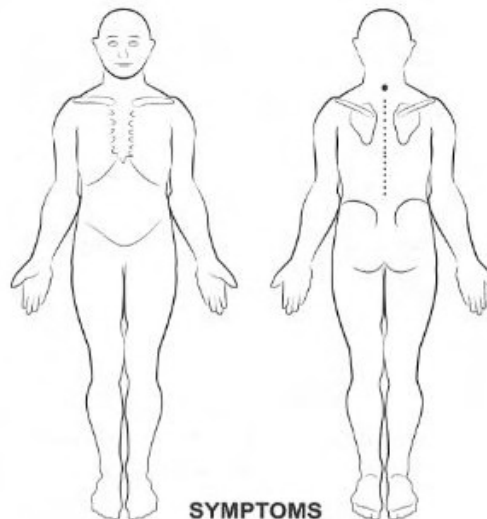
Sueño perturbado: S/N Cama: firme / suave / hundida

Posición de sueño: espalda / estómago / lado D / lado I

Agrava los síntomas: _____ en reposo _____ sentado
 _____ estornudar/toser _____ trabajo _____ levantando
 Otro: _____

Alivia los síntomas: _____ en reposo _____ sentado
 _____ Masaje _____ tracción _____ calor / hielo _____ am/pm

Otro: _____



SYMPTOMS

____ de pie _____ acostado
 _____ moviendo _____ quieto

0000 Entumido
 Hormigueo
 ---- Dolor Sordo
 xxxx Dolor moderado
 **** Dolor intenso

____ caminando
 _____ el coito

Solo para mujeres: _____ Embarazada _____ Implantes _____ Histerectomía _____ Anticontraceptivo _____ Terapia Hormonal

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha



ESCALA ANALOGICA VISUAL CUADRUPLE Y TIEMPO %

Instrucciones: (por favor circule el número apropiado) 0 - sin dolor / síntomas, 10 - peor dolor / síntomas posibles

¿Su nivel de incomodidad AHORA?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Su nivel de incomodidad TIPICO o MEDIO?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Su nivel de incomodidad EN SU MEJOR MOMENTO?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Su nivel de incomodidad EN SU PEOR MOMENTO?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué porcentaje de tiempo tiene dolor?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

	Edad al Morir	Edad si está vivo	Salud General; Problemas de salud importantes;
Madre:	_____		
Padre:	_____		
Hermano:	_____		
Hermano:	_____		

Antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones siguientes (marque todas las que correspondan)

Osteoporosis	Diabetes	Alcoholismo	Coágulos de Sangre
Ataque Cardíaco	Derrame Cerebral	Cáncer	Tuberculosis
Enfermedad Tiroidea	Ulceras	Enfermedad mental	Alta Presión Arterial

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

("P" - previo, "A" - actual)

CONSTITUCIONAL

- P A Fatiga
- P A Ganancia de peso / Pérdida
- P A Fiebre

CARDIOVASCULAR

- P A Presión arterial alta o baja
- P A Falta de aliento
- P A Enfermedad cardíaca
- P A Dolor torácico o angina de pecho
- P A Palpitaciones
- P A Palpitaciones
- P A Pies o hinchazón del tobillo

GENITOURINARAY

- P A Ardor o dolor al orinar
- P A Piedras renales
- P A Masculino: Disfunción eréctil
- P A Masculino: Problemas de próstata

GASTROINTESTINAL

- P A SII
- P A Dolor abdominal
- P A Náuseas o vómitos
- P A Acidez
- P A Dolor de estómago
- P A Estreñimiento
- P A Diarrea

RESPIRATORY

- P C Tos crónica o tos frecuente
- P C Dificultad para respirar
- P C Asma
- P C EPOC

OTRAS

- P C Diabetes
- P C Acné

MUSCULOESQUELÉTICO

- P C Síndrome del Túnel Carpiano
- P C Ciática
- P C Fibromialgia
- P C Dificultad para caminar
- P C Dolor muscular o calambres
- P C Síndrome de fatiga crónica

NEUROLOGICAL

- P C Neuropatía periférica
- P C Freq. /dolor de cabeza
- P C Convulsiones o convulsiones
- P C Temblores
- P C Trastornos Neurológicos
- P C Vértigo/mareo
- P A Lesiones/conmoción cerebral
- P C Derrame Cerebral
- P A Mal Equilibrio

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha



MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS ACTUALES

Alergias: _____

Estatinas (Yes / No): _____

¿Algún antibiótico en los últimos 2 meses?: Sí / No

Levaquin o Cipro?: Sí / No

Medicamento	Dosis de Medicamento	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HOSPITALIZACIONES ADICIONALES PARA CIRUGÍA O ENFERMEDAD MAYOR (no enlistado en primera página)

Fecha	Operación/Hospitalización	Complicaciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ACCIDENTES GRAVES ADICIONALES (no aparece en primera página)

Fecha	Detalles
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha



Información del paciente (Complete TODAS las secciones):

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
---------------------	---------------------

Información de seguro (Por favor complete todas las secciones):

Nombre del Seguro de Salud Primaria	Política #	Grupo #	
Nombre asegurado	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el paciente

Nombre del seguro médico secundario	Política #	Grupo #	
Nombre asegurado	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el paciente

Estoy recibiendo tratamiento como resultado de un accidente: Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿fue un: Accidente de vehículo de motor _____ Accidente Laboral _____ Otro _____

Por favor revise e inicial junto a cada política que se enumeran a continuación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Entiendo que los proveedores de atención médica no pueden garantizar los resultados del tratamiento. Sé que cada persona reacciona de una manera diferente a los tratamientos y procedimientos. Por lo tanto, los resultados no pueden ser seguros. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía del resultado de la atención que he solicitado. Tengo una amplia oportunidad de hacer preguntas, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Cuidado quiropráctico, Terapia Física, Osteopatía, Terapia de Masaje, Terapia Nutricional: Aunque la quiropráctica, la fisioterapia, la osteopatía, la terapia de masaje y los tratamientos de terapia nutricional suelen ser beneficiosos y rara vez causan problemas, entiendo que, como muchas otras formas de atención médica, hay algunos riesgos. Estos pueden incluir, pero no se limitan a; fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrales-vasculares, dislocaciones y esguinces/strains. Estas complicaciones son ocurrencias extremadamente raras.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

Reconozco, que, a petición mía, Complete Care me proporcionará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Complete Care. Entiendo que Complete Care usará y divulgará información médica sobre mí. Entiendo que mi información de salud puede incluir información creada y recibida por Complete Care, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo y acepto que Complete Care puede usar y divulgar mi información médica con el fin de:

- tomar decisiones sobre y planificar mi cuidado y tratamiento,
- consultar, coordinar y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento,
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o toda mi atención médica; y,
- realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y ser reembolsado por la atención médica de calidad y rentable.

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha



_____ **ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO** Por la presente doy autorización de por vida para el pago de beneficios de seguro a Complete Care por cualquier servicio prestado. Voy a proporcionar una copia de mi tarjeta de seguro actual y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de si están cubiertos o no por el seguro. Además, estoy expresamente de acuerdo y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico a presentar reclamaciones por los servicios prestados. Por la presente autorizo a Complete Care a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura y los beneficios de mi póliza de seguro y notificaré a Complete Care de cualquier cambio de seguro de manera oportuna. Entiendo que mi compañía de seguros puede tener estipulaciones adicionales que pueden afectar mi cobertura y que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta. Los servicios prestados pueden considerarse no cubiertos por mi seguro y/o pueden estar sujetos a deducibles además de un copago. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio antes de que se presten si creo que son servicios no cubiertos o no son pagaderos por mi seguro.

_____ **COPAYMENTS:** Entiendo que todos los copagos deben pagarse al registrarse, antes de ver a mi proveedor.

_____ **PAGO PRIVADO (AUTO PAGO):** Entiendo que si seré responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que me brinda Complete Care. Acepto pagar todos los saldos se pagará en su totalidad al hacer el check-in, antes de mi cita.

_____ **BALANCES DE CUENTA:** Entiendo que, si tengo un saldo en mi cuenta, recibiré un estado de cuenta mensual hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Las facturas son debidas y pagaderas al recibir este estado de cuenta mensual. Complete Care facturará mi seguro por mí si proporciono la información de facturación apropiada. Entiendo que todas las cuentas pendientes serán entregadas a una agencia de cobro después de tres estados de cuenta y una carta previa a la recogida se envían por correo.

_____ **ATENCION ADMINISTRADA (MEDICAID):** Entiendo que mi cobertura de seguro se basa en los niveles de financiamiento. Hay algunos diagnósticos y/o servicios que se consideran no cubiertos y mi seguro no pagará ninguna visita adicional por estas condiciones o servicios.

_____ **MEDICARE:** Complete Care es un proveedor participante con Medicare. Medicare pagará el 80% de lo que permita, menos su deducible anual. Si esto no se ha cumplido, usted será responsable del deducible y del 20% de los cargos permitidos. Al firmar este acuerdo, usted autoriza a cualquier titular de información médica o de otro tipo con respecto a los nombres de los pacientes anteriores a divulgar dicha información a la Administración del Seguro Social a partir de esta fecha.

_____ **SERVICIOS ANCILLARIOS:** Entiendo que es mi responsabilidad saber de quién mi compañía de seguros me exige obtener cualquier laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio auxiliar y le haré saber a mi personal médico proveedor para que puedan programar estos servicios en consecuencia. Si mi proveedor ordena pruebas, imágenes o servicios no procesados aquí en Complete Care, se enviarán a un proveedor externo. Si tiene laboratorios procesados en más de una instalación, podría recibir una declaración de Complete Care y del laboratorio externo con cualquier gasto de su propio bolsillo, así como dos EDB (explicación de beneficios) de su compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre los cargos de uno de estos servicios, deberá ponerse en contacto directamente con la entidad externa.

_____ **CANCELACION POLITICA DE NO PRESENTACION:** Entiendo que si no notifico a Complete Care de una cancelación o reprogramo al menos 1 día antes de mi cita programada, por cualquier motivo, se registrará como una cancelación "el mismo día". Si tengo más de 3 cancelaciones en el mismo día por período de 12 meses entiendo que puedo ser despedido de la atención.

_____ **CHEQUE DEVUELTO:** Entiendo que los cheques personales devueltos por fondos insuficiente pueden cobrar una tarifa de \$25. Los saldos deben ser manejados en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal. #

Al firmar este Aviso de Política Financiera y Aviso de Prácticas de Privacidad anteriores, usted, el garante, reconoce que ha leído, comprende y acepta las políticas anteriores.

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha



Autorización para discutir verbalmente información de salud protegida

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------------------------

Complete Care tiene mi permiso para discutir la información que he marcado a continuación con las siguientes personas:

1. Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____
2. Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____
3. Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____

**La siguiente información puede ser compartida verbalmente con las personas enumeradas anteriormente:
(Este formulario no autoriza la liberación de copias de mis registros.)**

- Horario/Hora y Fechas de Citas
- Información médica, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y planes de tratamiento
- Resultados de laboratorio/imágenes/otros resultados de pruebas
- Información de facturación y pago
- Otro: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, y que estos permisos permanecen en vigor hasta el momento en que revoco por escrito.

Nombre impreso del paciente del representante autorizado

Firma del Paciente del Representante Autorizado

Fecha