



**EVERYBODY'S  
CHIROPRACTIC CENTER**

**Dr. Steve Fleisher**  
Chiropractor

198 Allendale Rd., Ste 201, King of Prussia, PA 19406  
(610) 337-3700  
DrSteve@helpmedrsteve.com  
helpmedrsteve.com

**NUEVA APLICACION DE PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Direccion actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Numero: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil: CASADO//VIDUA/O//DIVORCIADO//SOLTERA/O

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecerle por recomendarlo? \_\_\_\_\_

Tu doctor anterior de quiropratica: \_\_\_\_\_

Ultima vez que fuiste a su doctor quiropratico anterior? \_\_\_\_\_

Medico general: \_\_\_\_\_ Y cuidado: \_\_\_\_\_

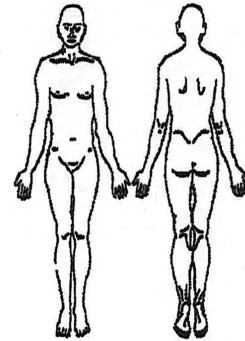
Tu Empleador: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Direccion de empleador: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_

Empleador de esposo(a): \_\_\_\_\_



Nombre y Años de hijos: \_\_\_\_\_

Aficiones o interes favoritos: \_\_\_\_\_

Razones de salud para consultar nuestra oficina:

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

Ha tenido el mismo o similar problema (s) antes? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Porfavor explique: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Hermano/Hermana/Hijos, con problemas similar? \_\_\_\_\_

¿Es este el resultado de una lesión automovilística o laboral? \_\_\_\_\_ Si es así cuando? \_\_\_\_\_

Si se trata de una lesión laboral, ¿hay un quiropráctico de panel que compense a los trabajadores de su empresa el seguro requiere que veas en los primeros 90 días?

Si es así, indique su nombre.

\_\_\_\_\_  
Otro doctors quienes han tratado este problema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cirugía que ha tenido: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna posibilidad de que estés embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué has escuchado sobre la quiropráctica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Sabes qué es una subluxación? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tienes Seguro medico? \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañia: \_\_\_\_\_

I.D #: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

¿Método de pago para la primera visita? Efectivo: \_\_\_\_\_ Cheque: \_\_\_\_\_ Tarjeta de Credito: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que las políticas de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina de quiropráctica preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagar directamente a esta oficina de quiropráctica se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me prestan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. Si no pago los servicios prestados y se le exige que inicie procedimientos de cobro, acepto pagar los honorarios y costos razonables de los abogados al intentar cobrar el saldo. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que se me presten será pagadera inmediatamente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Firma del tutor o cónyuge: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDAR**

Usted es quien toma las decisiones para su atención médica. Parte de nuestro papel es proporcionarle información para ayudarlo a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se denomina "consentimiento informado" e implica su comprensión y acuerdo con respecto a la atención que recomendamos, los beneficios y riesgos asociados con la atención, las alternativas y el posible efecto sobre su salud si decide no recibir la atención.

Podemos realizar algunos procedimientos de diagnóstico o examen si está indicado. Cualquier examen o prueba realizada se realizará con cuidado, pero puede ser incómodo.

La atención quiropráctica involucra centralmente lo que se conoce como ajuste quiropráctico. Puede haber procedimientos o recomendaciones de apoyo adicionales también. Cuando proporcionamos un ajuste, usamos nuestras manos o un instrumento para reposicionar estructuras anatómicas, como las vértebras. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen restaurar el movimiento normal de las articulaciones, reducir la hinchazón y la inflamación en una articulación y mejorar el funcionamiento neurológico y el bienestar general.

Es importante que comprenda, ya que con todos los enfoques de atención médica, los resultados no están garantizados y no hay promesa de curarlos. Al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención médica, existen algunos riesgos para la atención, que incluyen, entre otros: espasmos musculares, aumento agravante y / o temporal de los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, quemaduras y / o cicatrices por estimulación eléctrica y formar terapias de frío y calor, que incluyen, entre otras, compresas calientes y hielo, fracturas (huesos rotos), lesiones de disco, derrames cerebrales, dislocaciones, distensiones y esguinces. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, existe una condición rara pero grave conocida como "disección arterial" que generalmente es causada por un desgarro en la capa interna de la arteria que puede causar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial de provocar un golpe. La mejor evidencia científica disponible respalda la comprensión de que el ajuste quiropráctico no causa una disección en una arteria normal y saludable. Los procesos de la enfermedad, los trastornos genéticos, los medicamentos y las anomalías de los vasos pueden hacer que una arteria sea más susceptible a la disección. Los accidentes cerebrovasculares causados por disecciones arteriales se han asociado con más de 72 actividades cotidianas, como estornudar, conducir y jugar al tenis.

La disección arterial ocurre en 3-4 de cada 100,000 personas, ya sea que estén recibiendo atención médica o no. Los pacientes que experimentan esta afección a menudo, pero no siempre, se presentan a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y dolor de cabeza. Lamentablemente, un porcentaje de estos pacientes experimentará un derrame cerebral.

La asociación informada entre las visitas quiroprácticas y el accidente cerebrovascular es extremadamente frecuente y se estima que está relacionada en uno en un millón a uno en dos millones de ajustes cervicales. A modo de comparación, la incidencia si el ingreso hospitalario atribuido al uso de

aspirina de los principales eventos gastrointestinales de todo el tracto gastrointestinal (superior e inferior) fue de 1219 eventos / por millón de personas / año y el riesgo de muerte se ha estimado en 104 por millón de usuarios.

También es importante que comprenda que hay opciones de tratamiento disponibles para su afección además de los procedimientos quiroprácticos. Probablemente, ya has probado muchos de estos enfoques. Estas opciones pueden incluir, entre otras: atención autoadministrada, analgésicos de venta libre, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos recetados, fisioterapia, arriostamiento, inyecciones y cirugía. Por último, tiene derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones sobre sus circunstancias y su atención médica como mejor le parezca.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Aprecio que no es posible considerar todas las complicaciones posibles para la atención. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la recomendación actual o futura para recibir atención quiropráctica según se considere apropiado para mi circunstancia. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso de atención de todos los proveedores en este consultorio para mi afección actual y para cualquier afección futura para la que solicite atención quiropráctica en este consultorio.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Dr. Steve Fleisher**  
Quiropráctico  
198 Allendale Road Suite 201  
King of Prussia, PA 19406

## **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

*Esto sirve como aviso de que Everybody's Chiropractic Center, sus empleados y contratistas externos cumplen con las pautas federales que regulan la privacidad del paciente.*

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

# de Seguro social del Paciente: \_\_\_\_\_

**EL PACIENTE IDENTIFICADO ANTERIORMENTE AUTORIZA A TODOS LOS CENTROS QUIROPRÁCTICOS A UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

### **AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA**

Doy permiso al **CENTRO QUIROPRÁCTICO DE TODOS** para usar mi dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y registros clínicos para contactarme con tarjetas de cumpleaños, tarjetas relacionadas con días festivos, boletines e información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud.

Doy permiso al **CENTRO QUIROPRÁCTICO DE TODOS** para usar mi nombre en las hojas de firmas y los certificados de premio de "paciente de la semana", en caso de que surja la ocasión. Las radiografías, las fotografías personales y familiares y los testimonios del paciente que documentan los muchos éxitos de la atención quiropráctica también se pueden mostrar con el permiso del paciente.

Doy permiso al **CENTRO QUIROPRÁCTICO DE TODOS** para tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también están siendo tratados. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar parte de mi información médica protegida durante el curso de la atención. Si necesito hablar en privado con el médico en cualquier momento, el médico proporcionará un espacio para estas conversaciones.

Doy permiso al **CENTRO QUIROPRÁCTICO DE TODOS** para obtener los resultados de las pruebas y / o registros médicos en mi nombre.

Tacha cualquier que no quieras.

### **VENCIMIENTO**

Esta autorización vencerá siete años después de la fecha en que recibí nuestros servicios por última vez.

## **DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN**

Tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, su solicitud por escrito para revocar esta autorización no es efectiva en la medida en que le hayamos brindado servicios o tomado medidas en función de su autorización. Puede revocar esta autorización enviando por correo o entregando personalmente un aviso por escrito que debe contener la siguiente información:

Su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento;  
Una declaración clara de su intención de revocar esta autorización;  
La fecha de su solicitud; y  
Su firma

La revocación no es efectiva hasta que sea recibida por el Oficial de Privacidad.

Esta autorización es solicitada por Everybody's Chiropractic Center para su propio uso / divulgación por medio de PHI. (se aplican las normas mínimas necesarias)

Tiene derecho a negarse a firmar esta AUTORIZACIÓN. Si se niega a firmar esta AUTORIZACIÓN, TODOS LOS CENTROS QUIROPRÁCTICOS no se negarán a proporcionar tratamiento.

Tiene derecho a inspeccionar o copiar la PHI que se utilizará / divulgará.

*\*se le proporcionará una copia de la autorización firmada \**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante personal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante para actuar para el paciente

Dr. Steve Fleisher  
Quiropráctico  
198 Allendale Road Suite 201 • King of Prussia, PA 19406 • (610) 337-3700

---

Entiendo y he recibido un Aviso de prácticas de información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios.

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Guardián de una firma menor

\_\_\_\_\_  
Fecha