

**Record Confidencial de Salud      Fecha de Hoy:    /    / 2010**

¿Cómo supo de nosotros?  Familia \_\_\_\_\_  Amigo \_\_\_\_\_  Hospital  Radio  
 Cerca de casa/trabajo  Dr. \_\_\_\_\_  Páginas amarillas  Aseguranza  Carta por correo

Título  Sr.  Sra.  Srita.  Dr.  Rev.  Otro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo: M / F Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado Civil:     Soltero         Casado                     Divorciado                     Viudo                     Separado

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Proveedor: AT&T    Verizon    Cricket

Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sprint    T-Mobile    Alltel    Other: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia/Padre o Guardian**

Título  Sr.  Sra.  Srita.  Dr.  Rev.  Otro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Relación  Esposo/a  Pariente  Amigo  Otro \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Aseguranza**

¿Quien es responsable por su cuenta? USTED y (señale la cajita adecuada)  Solamente YO  Esposa/o

Compensación Laboral  Aseguranza de auto  Medicare  Medicaid  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguranza de salud: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de ID #: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Medico Primario: \_\_\_\_\_

**Lesión de Compensación Laboral, Lesión Personal, Accidente Automovilístico**

¿Ha iniciado un reclamo de compensación laboral o con su seguro de auto?  Si  No

Portador de Seguro: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ # de Reclamo \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono del ajustador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su supervisor \_\_\_\_\_ E-mail del supervisor \_\_\_\_\_  
Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Posición: \_\_\_\_\_ Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_

**Condición Actual de Salud**

¿Por qué está usted aquí hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuando le COMENZARON los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Le ha ocurrido antes?    SI    No   ¿Cuando? \_\_\_\_\_

¿Cual es la causa de su condición?:    Accidente Automovilístico

Accidente en el trabajo    Lesión en el Hogar

Resbalón/Caída    Levantando peso    Durmió en mala posición

Uso Repetitivo    Causa Desconocida    Otro

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usando las claves/letras de abajo,  
indique el tipo y localización  
de sus molestias en estos momentos.

Clave: A=Dolor   B=Ardor

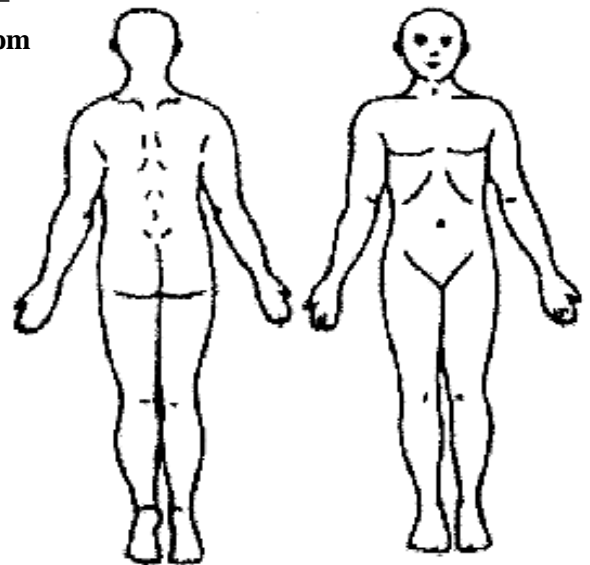
N = Adormecimiento

P= Piquetes   S=Punzadas / Fuerte

Día del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_ am/pm

**\*\*\*MARQUE EN EL DIBUJO LAS AREAS EN LAS QUE ESTA PRESENTANDO SUS MOLESTIAS \*\*\*\***   **→ → → → → → → → →**

¿Usted sufre de cualquier otra condición por la cual hoy nos está consultando? Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Información sobre el doctor que atiende a su Familia:**

¿Cómo se llama el doctor de la Familia? \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Día de la última visita: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS-** Abajo encuentra una lista de síntomas que pueden parecer no relacionados con el propósito de su visita. Sin embargo, estas preguntas deben de ser contestadas cuidadosamente, ya que los problemas pueden afectar en el curso de su cuidado en general.

**Marque con una X los síntomas que haya tenido en el pasado. Marque NUNCA, si nunca ha tenido los síntomas mencionados en la lista.**

**Constitucional:**  NUNCA he tenido ninguno de los siguientes problemas

- |   |                                 |  |  |
|---|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> escalofríos            | <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> perdida de peso |
| <input type="checkbox"/> nauseas durante el día | <input type="checkbox"/> fiebre | <input type="checkbox"/> aumento de peso   |  |

**Ojos/Visión**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados.

- |   |   |                                     |   |
|---|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera        | <input type="checkbox"/> Cambio de vision | <input type="checkbox"/> field cuts | <input type="checkbox"/> fotofobia        |
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> visión doble     | <input type="checkbox"/> glaucoma   | <input type="checkbox"/> lagrimeo         |
| <input type="checkbox"/> Cataratas      | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo     | <input type="checkbox"/> rasquiña   | <input type="checkbox"/> lentes/contactos |

**Oídos, Nariz y Garganta**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangramiento         | <input type="checkbox"/> Drenaje del oido    | <input type="checkbox"/> Perdida de audición | <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz  | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Dentadura Postiza    | <input type="checkbox"/> Dolor de oido       | <input type="checkbox"/> Lesiones en la      | <input type="checkbox"/> Descarga postnasal | <input type="checkbox"/> tinnitus          |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Desmayos            | <input type="checkbox"/> cabeza              | <input type="checkbox"/> Nariz mocosa       | (tintilleo en los oidos)                   |
| <input type="checkbox"/> Descargas            | <input type="checkbox"/> Dolores de          | <input type="checkbox"/> Perdida del olfato  | <input type="checkbox"/> Sinusitis          | <input type="checkbox"/> Problemas con la  |
| <input type="checkbox"/> Mareos               | <input type="checkbox"/> garganta frecuentes | <input type="checkbox"/> Congestión nasal    | <input type="checkbox"/> Ronquidos          | articulación Temporo                       |
|   | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   |  |   | Mandibular (TMJ)                           |

**Respiración:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> Tose sangre   | <input type="checkbox"/> producción de flema |
| <input type="checkbox"/> Tos    | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> resoplido           |

**Cardiovascular:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina (dolor en el pecho) | <input type="checkbox"/> Presión baja                               | <input type="checkbox"/> Se despierta en la noche con dificultad para respirar. |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho          | <input type="checkbox"/> Presión alta                               | <input type="checkbox"/> Dificultad al respira durante actividades / Ejercicio  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas       | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado | <input type="checkbox"/> Inflamación de las piernas                             |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón        | <input type="checkbox"/> palpitaciones                              | <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Várices               |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos        |   |   |

**Gastrointestinal:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |  |   |                                      |  |  |
|--|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Diarrea              | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Tamano anormal De sus feces | <input type="checkbox"/> Vomita sangre                     |
| <input type="checkbox"/> Eruptos         | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Billirubina | <input type="checkbox"/> Color anormal de sus feces  | <input type="checkbox"/> Vomito                            |
| <input type="checkbox"/> Feces negras    | <input type="checkbox"/> Acidez               | <input type="checkbox"/> Nausea      | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal             | <input type="checkbox"/> Consistencia anormal de sus feces |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento   | <input type="checkbox"/> Hemorroides          |                                      |  |  |

**Mujeres**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos           | <input type="checkbox"/> Cólicos              | <input type="checkbox"/> Menstruación Irregular | <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal |
| <input type="checkbox"/> Nudos/quistes en lo senos | <input type="checkbox"/> Orina frecuentemente | <input type="checkbox"/> Embarazo               | <input type="checkbox"/> Descarga vaginal |
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar           | <input type="checkbox"/> Terapia hormonal     | <input type="checkbox"/> Retención orina        |   |

**Hombres:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Orina demasiado frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas con La próstata | <input type="checkbox"/> Problemas al orinar | <input type="checkbox"/> Orina por gotitas |
|--|--|--|--|--|

**Endocrino:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al frio | <input type="checkbox"/> demasiada sed             | <input type="checkbox"/> Bocio tiroide grande  | <input type="checkbox"/> Crecimiento poco comun de Cabello (vellos) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Orina demasiado frecuente | <input type="checkbox"/> Perdida de cabello    | <input type="checkbox"/> Cambio de voz                              |
| <input type="checkbox"/> Demasiada hambre     |  | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor |   |

**Piel:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios en la textura de las uñas | <input type="checkbox"/> Perdida de cabello    | <input type="checkbox"/> comezon         | <input type="checkbox"/> Lesiones de la Piel/ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el color de piel       | <input type="checkbox"/> Ronchas en la piel    | <input type="checkbox"/> Agujas/piquetes | <input type="checkbox"/> Várices                     |
| <input type="checkbox"/> Crecimiento de vello              | <input type="checkbox"/> Desordenes de la piel | <input type="checkbox"/> Salpullido      |  |

**Sistema Nervioso:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- Mareo
- Debilidad en sus Extremidades
- Adormecimiento
- Convulsiones
- Lenguaje incoherente (problemas de habla)
- Temblores
- Falta de equilibrio
- Debilidad facial
- Perdida de memoria
- Dolor de cabeza
- Perdida del conocimiento
- Molestias al dormir
- Ataques nerviosos
- Estres

**Sicológico:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- Apatía
- Ansiedad
- Perdida o cambios en su apetito
- Cambios en su Conducta
- Desorden bi-polar
- Confusión
- Convulsiones
- Depression
- Insomnia
- Perdida de Memoria
- Cambio de humor

**Alergias:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- alérgico a las picadas de abejas
- Alergias a ciertos alimentos
- Rasquiña/ Piquiña
- Congestión nasal
- Congestión nasal crónica
- Salpullido
- Congestión nasal
- Estornudos

**Hematológico:**  NUNCA he tenido ninguno de los síntomas o problemas aquí mencionados

- Anemia
- Sangrado
- Coágulos de sangre
- Transfusión sanguínea
- Se moretea fácilmente
- Fatiga
- Inflamación de las glándulas linfáticas

## HISTORIA MÉDICA PREVIA

**Tratamiento Previo para esta condición:**  
 No he visto a ningún otro doctor previamente por ésta condición o rellene la información de abajo.

¿Ha visitado a otro doctor para esta condición?  SI  NO ¿Quién? Nombre \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

**Tratamiento Quiropráctico Previo:**  No he recibido tratamiento quiropráctico antes

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Ciudad?: \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita: \_\_\_\_\_

¿Estuvo satisfecho con su tratamiento?  SI  NO. ¿Porque? \_\_\_\_\_

¿Usa Usted?  Elevador de talones  plantillas  soporte para el arco del pie  otro: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo las ha estado usando? \_\_\_\_\_ ¿Fueron recetadas por un médico?  SI  NO

**Medicinas que esta tomando actualmente(s):**

Medicina	Dosis	Para que la toma?	Hace cuanto esta tomando esta medicina?

**Vitaminas que está tomando actualmente. MENCIONE TODAS. Sea específico.**

	Dosage	For What Condition, if any?	How long have you been taking this?

**Enfermedades de Adulto y Infantiles** *Note toda las enfermedades que ha tenido en su vida adulta.*

**Cirugías:** *Liste todas las cirugías que ha tenido y la fecha.*

**Mujeres solamente:** Marque todo lo que aplique

**YO :**  Estoy Embarazada  NO estoy Embarazada  No estoy segura  
**Historial previo de embarazo:**  Cesárea  Parto Vaginal  Perdida/Aborto Natural

**Lesion(es):** Marque las lesiones que ha sufrido y la fecha.

Lesion de Espalda  Fracturas de los Huesos  caidas (graves)  Fracturas  
 Incapacidad (es)  Lesiones en la cabeza  perdida del conocimiento  Lesion en las articulaciones  
 laceraciones (graves)  Accidentes de auto  Lesion del tejido blando  otro:

**Historia Social:** Marque todas las que corresponda

**Alcohol:**  No consume alcohol  consume social solamente  tomo la siguiente cantidad regularmente  
 cerveza  licor  vino ; cantidad de \_\_\_\_\_oz por  día  semana  mes

**Tabaco:**  No uso tabaco  No fumo cigarillos, tabacos o pipa  Co-habito con un fumador/ra  Deje de Fumar  
 Fumo # \_\_\_\_ cigarros al  Día  Semana  Mes;  Mastico: # \_\_\_\_\_latas al  Día  Semana  Año

Entiendo y concuerdo que esas políticas de salud y el seguro contra accidentes son arreglo entre portador y yo mismo. Además, entiendo que los Centros Quiroprácticos y de Rehabilitación DeMaine, preparará los informes y las formas necesarias para ayudarme a coleccionar el pago de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a ser pagada directamente a los Centros Quiroprácticos de de Rehabilitación DeMaine será acreditado a mi cuenta. Sin embargo, yo entiendo claramente y concuerdo que todos los servicios que me fueron dados son cargados directamente a mí. Entiendo también que si suspendo o termino mi cuidado o el tratamiento, cualquier honorario para servicios profesionales que se me fueron dados serán inmediatamente debido y pagadero.

Yo por la presente autorizo al médicos a tratar mi condición, como el cree apropiado por el uso de Asistencia Médica Quiropráctica, y yo doy la autorización para que estos procedimientos sean realizados. Se entiende y estoy de acuerdo que la cantidad pagada al medico por las radiografías es para el examen solamente, y radiografías se quedarán como propiedad de esta oficina; estará en el archivo donde pueden verse en cualquier momento mientras sea un paciente de esta oficina. El paciente concuerda también que él/ella es responsable de todas las cuentas contraídas en esta oficina.

**Reconozco que he recibido la nota de información sobre la práctica de privacidad para el uso y publicación de Información de Salud Protegida por la Clínica Quiropráctica DeMaine y sus centros de rehabilitación.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento de tratar a un menor de edad:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizando tratamiento y relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

### DECLARACION DE REFERENCIA

Yo, \_\_\_\_\_ no he sido contactado directamente por alguna persona afiliada con DeMaine Chiropractic and Rehab Centers con el propósito de referirme al Dr. DeMaine o esta clínica.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DEMAINE CHIROPRACTIC & WELLNESS CENTER P.A.  
AUTORIZACION DE PACIENTE  
PARA EL USO Y PUBLICACION  
DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

1. Yo \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo a Demaine Chiropractic & Wellness Center, P.A. (el "Practicante") para usar y/o publicar a Agencias de Seguro de Salud, Abogados, Negocios Asociados, y a los empleados de Demaine Chiropractic & Wellness Center, P.A., la siguiente información de salud protegida: Información Personal de Salud, El cuidado y tratamiento recibido, o que va a recibir, información de datos personales.  
Yo entiendo que esta autorización es valida hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ que se cumplan dos años desde que se firmo esta autorización.
2. Yo entiendo que el propósito o el uso de esta autorización es para: Tratamiento, Autorización, Pago, y/u operaciones de cuidado de salud.
3. Yo entiendo por completo que esta es una autorización voluntaria.
4. Lo siguiente es otro criterio o limitación que yo hago con respecto a esta autorización:

- 
5. Yo entiendo que la oficina no va a recibir financiación o en alguna compensación en cambio por usar o dar a conocer la información de salud que se da arriba. (Excluyendo pagos por una demanda sometida)
  6. Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por el autorizante, en forma escrita, a cualquier momento por medio de los procedimientos de revocación de autorización adjunta, Yo también entiendo que la revocación de esta autorización tendrá ningún efecto en ninguna información que se ha dado antes de cualquier revocación.
  7. Yo entiendo que la información usada o dada a conocer de esta autorización puede ser sujeta a ser dada a conocer de nuevo por el receptor, y que esta información no será más protegida por las regulaciones federales de privacidad.
  8. Yo entiendo que mi cuidado de salud y mis pagos por el cuidado de mi salud no serán afectados si yo no firmo esta forma.
  9. Yo entiendo que yo puedo ver y tener una copia de la información descrita en esta forma, si yo lo pido, y que yo voy a tener una copia de esta información después de que firme esta forma.
  10. Esta forma fue completamente llena antes de que la firme. Yo certifico que todas mis preguntas fueron contestadas y yo entiendo esta forma de autorización y su contenido.
  11. Esta autorización es valida a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la fecha en la cual firmé abajo. Si usted lo requiere puede obtener una copia de las Reglas Privadas y Notificaciones de DeMaine Chiropractic & Wellness Center, P.A.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Individuo (escrito)

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
(Abogado, guardián, o padre, si es un menor)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Testigo

**CONSENTIMIENTO PARA QUE ME TOMEN RADIOGRAFIAS/ RAYOS-X**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que **no estoy embarazada**, y asumo todas las responsabilidades, por cualquier complicación que se pueda producir por recibir estudios de rayos-x. Yo entiendo por completo las complicaciones y riesgos que conllevan para mi el recibir rayos-x al igual que para el niño que no ha nacido. Por este medio, yo libero a esta clínica y a cualquier dueño o representante de toda responsabilidad.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## INFORMACION Y CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y CUIDADO

CON LA PRESENTE, YO PIDO Y DOY EL CONCENTIMIENTO PARA QUE SE HAGAN LOS AJUSTES QUIROPRACTICOS, Y CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO QUIROPRACTICO, INCLUYENDO VARIOS MODOS DE FISIOTERAPIA, Y DIAGNOSTICO DE RAYOS-X, EN MI (O EN EL NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE DESTACA ABAJO, DEL CUAL YO SOY LEGALMENTE RESPONSABLE) POR EL DOCTOR O QUIROPRACTICO MENCIONADO ABAJO, (Y/U) OTRO DOCTOR CON LICENCIA DE QUIROPRACTICA EL CUAL ME ATIENDE, O ME ATENDERA MIENTRAS SEA EMPLEADO, TRABAJE, O SEA ASOCIADO, O SIRVIENDO COMO UN ASISTENTE PARA EL DOCTOR DE LA CLINICA QUIROPRACTICA QUE SE MENCIONA EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA CARTA, INCLUYENDO AQUELLOS QUE TRABAJEN EN LA CLINICA, U OFICIALES MENCIONADOS EN LA PARTE INFERIOR DE ESTA CARTA O CUALQUIER OTRA OFICINA O CLINICA.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE DISCUTIR CON EL DOCTOR DE QUIROPRACTICA MENCIONADO ABAJO, Y/O CON OTRO OFICIAL O PERSONAL DE LA CLINICA, LA NATURALEZA Y PROPOSITO DE AJUSTAMIENTOS QUIROPRACTICOS Y SUS PROCEDIMIENTOS.

YO ENTIENDO Y HE SIDO INFORMADO(A) QUE COMO EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA, EN LA PRACTICA DE QUIROPRACTICA HAY CIERTOS RIESGOS EN EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADOS A FRACTURAS, DAÑOS EN LOS DISCOS, GOLPES, DISLOCACIONES, Y ESQUIENCES. YO NO ESPERO QUE EL DOCTOR PUEDA ANTISIPARME, Y EXPLICARME TODOS LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES, Y YO DESEO CONFIAR EN EL JUICIO DEL DOCTOR DURANTE EL CURSO DEL PROCEDIMIENTO, EL CUAL EL DOCTOR SIENTA EN EL MOMENTO, BASADO EN EL HECHO QUE SE CONOCE, PARA MI MEJORAMIENTO.

YO HE LEIDO, O ME HAN LEIDO, ESTE CONCENTIMIENTO, TAMBIEN HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR SOBRE SU CONTENIDO, Y POR FIRMAR ABAJO, ESTOY DE ACUERDO(A) EN LOS PROCEDIMIENTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS. YO QUIERO QUE ESTE CONCENTIMIENTO CUBRA TODO EL TRATAMIENTO, DESDE MI CONDICION PRESENTE Y POR CUALQUIER CONDICION FUTURA POR EL CUAL BUSCARE TRATAMIENTO.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

Si el paciente es menor de edad:

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Padre o Guardián del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma