

Chiropractic Works Health Center

1715 Howell Mill Road, C-12

Atlanta, Georgia 30318

www.AtlantaChiro.com

(404) 350-8000



Nombre: _____ Fecha: _____

Nuestra misión

Ayudar tantas personas como podemos alcanzar su potencial, especialmente los niños.

Queremos que todos nuestros pacientes nos ayuden en esta importante y noble misión.



Nuestra estructura de cuota

Nuestra cuota para su primera visita

Consultación	Gratis
Examinación	\$80.00
Radiología	Varia (máximo \$100.00)
Total	\$180

Si usted ha estado involucrado en un accidente de vehículos, nuestra estructura de cuota puede diferir en algunos casos.

Nuestra política para citas perdidas es simple. Reconocemos que las cosas suceden, por favor infórmenos de cualquier ausencia posible antes de su hora programada llamando a la oficina. Hay un cargo por servicio de \$ 45 por citas perdidas si no llama, y háganoslo saber. Nuestros cargos de cita perdidos se donan a la Asociación Pediátrica Internacional de Quiropráctica en Pennsylvania para la investigación pediátrica. (INICIAL)_____

Entiendo completamente los honorarios antedichos y doy mi consentimiento. También doy mi consentimiento para que el doctor tome cualquier radiografía que él/ella considere apropiada para entender mejor mi problema y monitorear mi progreso.

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma del padre / tutor requiere si el paciente menor de 18 años)

¡Gracias!



Historia de consultación adulto

Su queja: _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Qué ha tratado para remediar estos problemas que NO han ayudado la situación? _____

¿Se desalienta sobre este problema? _____

¿Cuándo su problema está en el peor momento, como siéntase siente usted? _____

¿Cómo interfiere este problema en otras áreas de su vida?

Trabajo: _____

Pasatiempos: _____

Familia: _____

Vida: _____

¿Este problema causa estrés? _____

¿Qué hace para que este problema se siente peor? _____

¿Se siente como si tuviera que edad?) _____

En una escala del 1 al 10, en el que 10 es el máximo, tase su compromiso para ayudarnos a solucionar el problema. _____

¿Qué da alivio temporal? _____

¿Qué es el patrón de este problema?

Constante _____ Intermitente _____ Ocasional _____ Cíclico _____

Firma: _____ Fecha: _____

¿Qué efecto tiene en sus funciones del cuerpo? _____

¿Cómo empieza? _____

¿Usa alguna medicación? _____ Por favor lista todas: _____

¿El problema ha sido causado por una lesión en el trabajo? _____

Si sí, dar detalles: _____

¿Estuvo en un accidente de autos? _____

Fecha del accidente: _____

¿Tiene algunas dificultades resultando del accidente? _____

¿Tiene hijos? _____

¿Ellos tienen problemas de salud? _____

¿Hay más información que deberíamos saber? _____

Para mujeres solamente

Fecha de su última menstruación: _____

¿Esta usando contracepción? _____

¿Tiene fuertes calambres durante su menstruación? _____

¿Dura más de 5 días? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Sufre de PMS? _____

¡Gracias!

Firma: _____ Fecha: _____

Preguntas especiales de resumen

Enumere los 5 problemas que te deseas deshacerse de, o los cinco metas que le gustaría lograr.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Enumere a todos los que han intentado ayudarle y lo que han intentado hacer para deshacerse de estos problemas o alcanzar estos objetivos.

Anote las cosas que está dispuesto a hacer para deshacerse de su problema o alcanzar sus metas.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dime qué harías que no has podido hacer, después de que tus problemas se han ido y has alcanzado tus metas.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

LA HISTORIA DE SALUD DE SÍ MISMO Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

Por favor, ayuda al médico, proporcionando información anterior sobre el historial de salud para su revisión.

Por favor, ponga una marca en las casillas correspondientes

Condición	Si Mismo	Cónyuge	Padre	Madre	Hermanos	Hermanas	Hijos	Nietos
Acid Reflux								
Alergias								
Artritis / Dolor								
Asma								
Déficit de Atención								
Problema Espalda								
Cáncer / tumor								
Circulatory/Swelling								
Cólico								
Estreñimiento								
Depresión								
Diabetes								
Digestivo / urinario								
Problemas de Discos								
Mareos								
Bebedor								
Druga Addicto								
Infecciones de oído								
Enfisema								
Epilepsia								
Problemas de los ojos								
Problemas Mujer								
Dolor en el Pie								
Dolores de cabeza								
La pérdida de audición / Un zumbido en el oído								
Problemas del corazón								
Presión arterial alta								
Inmunodeficiencias								
Problemas renales								
Intestinos flojos								
Migraña								
Músculo / Dolor								
Nerviosismo								
Adormecimiento								
Nervio Pellizado								
Escoliosis								
Problemas de sinusitis								
Trastornos de la piel								
Dificultad para dormir								
Fumador								
Actividades Deportivas								
Problemas del estómago								
Tiroides								

CONDICIONES DE ACEPTACION

Cuando un paciente busca cuidados de salud quiroprácticos y nosotros aceptamos al paciente por tal cuidado, es esencial para ambos trabajar para lograr los mismos objetivos.

Quiropráctica tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente entienda los objetivos y los métodos que se necesitan para lograrlo. Esto evitara alguna confusión o desilusión.

Ajustes: Un ajuste es la aplicación de fuerza específica y necesaria para la corrección del cuerpo de alguna subluxacion vertebral. Nuestro método quiropráctico contiene ajustes específicos a la espina dorsal.

Salud: un estado físico, mental y social optimo, no necesariamente la ausencia de enfermedades.

Subluxacion vertebral: un mal alineamiento de una o más de las 24 vértebras en la columna, la cual cause alteraciones en la función del nervio e interferencia en la transmisión de impulsos mentales, que resulta en la reducción de la capacidad innata de nuestro cuerpo de expresar su salud máxima.

Nosotros no ofrecemos diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o condición que no sea una subluxacion vertebral. Sin embargo, si durante el curso de una evaluación espinal quiropráctica, nosotros encontramos algo no quiropráctico o inusual, le aconsejaremos. Si desea consejos, diagnósticos o tratamiento, nosotros le recomendaremos que busque los servicios de un proveedor de salud que se especializa en esa área.

Sin contar con el nombre de la enfermedad, nosotros no ofrecemos el respectivo tratamiento.

Tampoco ofrecemos consejo con respecto al tratamiento prescrito por otros doctores. **EL UNICO OBJETIVO DE NUESTRA PRACTICA** es eliminar la mayor interferencia a la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste especializado para corregir las subluxaciones vertebrales.

Yo, _____ he leído y entendido completamente las condiciones.
(letra imprenta)

Todas las preguntas con respecto a los objetivos del doctor acerca de mi cuidado en esta oficina han sido respondidas a mi completa satisfacción.

Yo, por tanto, acepto los cuidados quiroprácticos en estas bases.

Signature

Date

Witness