



317 N Mission Ave Ste 100, Wenatchee, WA 98801
Phone: 509.888.1598 Fax: 509.888.1599
www.adjustwenatchee.com

Nombre _____

Seguro Social _____

Domicilio _____

Empleador _____

Ciudad _____

Ocupación _____

Código Postal _____ Estado _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a

Teléfono: (Casa) _____

Viudo/a Divorciado/a

(Celular) _____ (Trabajo) _____

Nombre de Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Número de Hijos _____

Referido Por _____

Correo Electrónico _____

ACUERDO DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

- o RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TOMARA TODOS LOS MEDIOS NECESARIOS PARA PROTEGER A MI PHI (Información protegida de salud)
- o RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TIENE DERECHO A TRANSFERIR LOS REGISTROS DE SALUD, VIA CORREO, SI UNA SOLICITUD POR ESCRITO ES HECHA POR EL PACIENTE.
- o RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TIENE MI PERMISO DE ENVIARME RECORDATORIOS DE CITAS O CITAS PERDIDAS POR TELÉFONO O VIA CORREO O OTROS METODOS SEMEJANTES.
- o RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TIENE MI PERMISO PARA DEJAR MENSAJES DE TELÉFONO O MENSAJES VERBALES CON EL QUE CONTESTE MIS NÚMEROS DE TELÉFONO SOBRE MIS CITAS.
- o ENTIENDO QUE LA INFORMACION MEDICA PERSONAL SOLO SERA COMPARTIDA POR TELEFONO CONMIGO COMO PACIENTE O CON MI GUARDIAL LEGAL (si el paciente es menor de edad).
- o RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TIENE MI PERMISO PARA ENVIARME BOLETINES DE NOTICIAS O OTRO MATERIAL POR CORREO O OTROS METODOS SEMEJANTES. PARA SER RETIRADO DE ESTA LISTA, PUEDO SOLICITAR SER RETIRADO COMO PACIENTE ACTIVO.
- o ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE SOLICITAR QUE RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC RESTRINGA COMO MI PHI ES UTILIZADA Y/O DIVULGADA PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO, PAGO O OPERACIONES DE ATENCION MEDICA. SIN EMBARGO, LA PRÁCTICA NO ES REQUERIDA A ACEPTAR LAS RESTRICCIONES QUE HE SOLICITADO. SI LA PRÁCTICA ESTA DE ACUERDO CON UNA RESTRICCION SOLICITADA, ENTONCES LA LIMITACIÓN ES VINCULANTE SOBRE LA PRÁCTICA.
- o YO ENTIENDO QUE, SI NO FIRMO ESTE CONSENTIMIENTO O SI ESTE CONSENTIMIENTO ES REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO POR PARTE MIA, RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC TIENE EL DERECHO DE NEGARSE A TRATARME.
- o ENTIENDO QUE AL FIRMAR LA HOJA DE REJISTRO DIARO EN LA OFICINA, MI FIRMA SERÁ VISTA POR OTROS PACIENTES DE RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC.
- o ENTIENDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC UTILIZE MI HISTORIA CHIROPRACTICA COMO TESTIMONIO EN SUS LIBROS TESTIMONIALES QUE UTILIZAN EN LA OFICINA. (firma separada es también requerida para esto).
- o ENTIENDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE RIBELLIA FAMILY CHIROPRACTIC USE MI IMAGEN EN SU PARED (aplica a los niños solamente)

AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO AL DOCTOR DE DIVULGAR TODA INFORMACION NECESARIA A CUALQUIER COMPANIA DE SEGUROS, ABOGADO O AJUSTADOR, CON EL PROPOSITO DE REEMBOLSO EN CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR MI. YO AUTORIZO EL USO DE MI DECLARACION FIRMADA PARA CUALQUIER USO REQUERIDO POR MI SEGURO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS A MÍ SERAN COBRADOS A MÍ, Y SOY RESPONSABLE POR EL PAGO CORRESPONDIENTE DE DICHOS SERVICIOS. YO ENTIENDO Y ACEPTO QUE LAS POLIZAS DE SALUD Y/O ACCIDENTES SON UN ACUERDO ENTRE UN PROVEDOR DE SEGUROS Y YO. ENTIENDO QUE LOS HONORARIOS POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES SERAN DEBIDOS INMEDIATAMENTE ANTE LA SUSPENSION O TERMINACION DE MI CUIDADO O TRATAMIENTO.

Nombre del Paciente

Firma de paciente (o guardián legal)

Fecha

BOLETINES ELECTRONICOS U OTRO MATERIAL ELECTRONICO PUEDE SER ENVIADO A MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ SI _____ No _____ INICIALES

Nombre _____

Fecha _____

Usted merece ser saludable. La vida es un milagro como lo es usted. Cuando usted fue creado, se le dio los planos, inteligencia, herramientas, y sistemas para vivir una vida activa y saludable. Desafortunadamente su salud puede ser interferida a través de accidentes y desafíos que causan alteraciones a su expresión de salud. A través de su examinación y su vida envuelta en cuidado quiropráctico, nosotros trabajaremos para remover estas interferencias a su expresión de salud natural para que viva la calidad de vida que merece.

Circule todos los que aplican

1. ¿Tuvo un nacimiento traumático?

Parto Largo
Parto Difícil
Fórceps
Cesárea
Nacimiento en Casa
Madre recibió medicamento durante el parto
Parto Inducido

2. Desarrollo y Crecimiento

Se ha caído de la cama
Se ha golpeado la cabeza
Tomo leche materna
Enfermedades infantiles
Ha tenido accidentes
Cirugías
Ha tomado drogas
Se cayó al aprender a caminar
Abusado/maltratado de niño
 Le han pegado
 Jalado los oídos o barbilla
Se ha caído de la silla
Se ha caído de las escaleras
Ha sido jalado del brazo
Experimentado otro tipo de trauma

3. Hábitos de Salud Presentes

Fuma
Toma Alcohol
Usa Drogas
Toma Medicamentos
Lleva una dieta saludable
Ha tenido Accidentes
Ha tenido alguna cirugía
Tiene problemas dentales
Tiene problemas ópticos
Tiene problemas con sus oídos
Tiene problemas al dormir
Tiene estrés laboral
Estrés Mental
Estrés Físico
Tiene lesiones de deportes
Postura al dormir
Lado Estomago Espalda

Condición de Salud Actual

Use una X para marcar donde siente el dolor en el diagrama

Razón de su visita hoy: _____

Fecha en que empezaron los síntomas: _____

El dolor es: Agudo Suave Constante Intermitente

¿Qué actividades agravan su condición/dolor? _____

¿Qué actividades reducen su condición/dolor? _____

¿Empeora su condición en ciertos momentos del día? _____

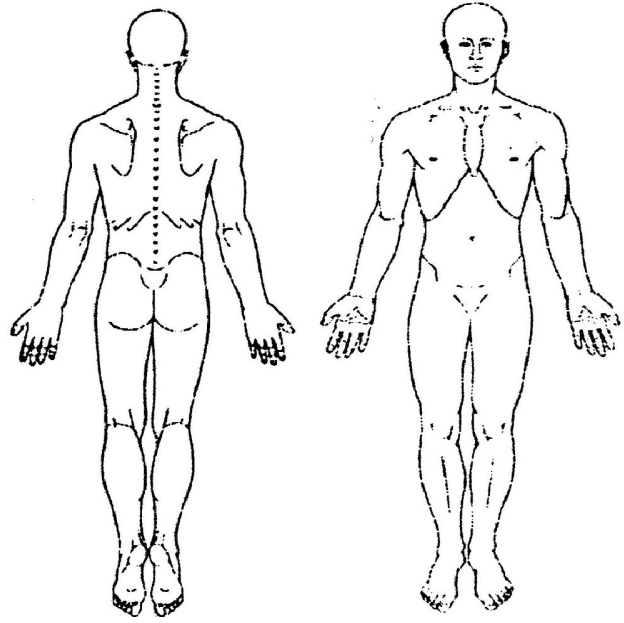
¿Esta condición ha progresivamente empeorado? _____

Doctores que lo han vistos para esta condición: _____

¿Algún remedio casero? _____

¿Qué medicamentos está tomando? _____

¿Qué efectos secundarios ha experimentado de los medicamentos o de la a cirugía? _____



Izquierda Derecha Izquierda Derecha

Por favor marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/condiciones

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas al Oído | <input type="checkbox"/> Manos o Pies Fríos | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fatiga o debilidad | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Ansiedad /Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos | <input type="checkbox"/> Perdida del Olfato | <input type="checkbox"/> Gas Excesivo | <input type="checkbox"/> Cambios de Humor |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Perdida del Gusto | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Dificultad al Pasar | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas al Dormir | <input type="checkbox"/> Dificultad al Hablar | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Fracturas de Huesos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel | <input type="checkbox"/> Problemas Nasales | <input type="checkbox"/> Nausea o Vomito | <input type="checkbox"/> Coyunturas Dislocadas |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Balance | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Resollar | <input type="checkbox"/> Dolor Urinario/Frecuencia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Tos Crónica | <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga/Riñón | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento | <input type="checkbox"/> Sangre en Orín o Estiércol | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor/Presión en el Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor/Problemas Menstruales | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Baja Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Problemas de Fertilidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dedos Adormecidos | | | |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | | | |

Existe un historial familiar de:

- | | Enfermedad del Corazón | Artritis | Cáncer | Diabetes | Otro |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lado Paterno: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lado Materno: | | | | | _____ |

Por favor indique cuales de las actividades de la vida diaria son comprometidas por su estado de salud actual:

General:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Correr |
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Agacharse |
| <input type="checkbox"/> Subir escaleras | <input type="checkbox"/> Acostarse |
| <input type="checkbox"/> Mascar | <input type="checkbox"/> Usar la computadora |
| <input type="checkbox"/> Arrodillarse | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Actividades Recreacionales |
| <input type="checkbox"/> Estar parado/a | <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla |
| <input type="checkbox"/> Levantar niños | <input type="checkbox"/> Costura |
| <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Conducir el coche |
| <input type="checkbox"/> Nadar | <input type="checkbox"/> Subir o bajar del coche |
| <input type="checkbox"/> Tocar instrumentos | |
| <input type="checkbox"/> Usar el teléfono | |

Tareas Domésticas:

- Lavar ropa
- Hacer las camas
- Aspirar
- Lavar los platos
- Planchar
- Cargar bolsas de mandado
- Cocinar

Trabajo de Jardín:

- Cortar el césped
- Juntar las hojas
- Jardinería
- Palear la nieve

Aseo Personal

- Cepillarse/peinarse
- Rasurarse
- Meterse o Salir de la tina
- Cepillarse los dientes

Su Meta:

Como resultado de mi cuidado quiropráctico yo quisiera

Marque todos lo que apliquen

- Sentirme mejor rápidamente
- Tener una espina dorsal más saludable
- Tener un cuerpo más saludable al mantener mi sistema nervioso saludable
- Vivir un estilo de vida más saludable

Compromiso del Bienestar y Salud

En Ribellia Family Chiropractic estamos dedicados en lograr la meta de salud duradera para nuestros miembros. Para mejor ayudarlo en lograr esto, necesitamos entender su compromiso en estar sano. Pedimos de su compromiso cooperativo. Basado en la escala del 10% al 100%, favor de **circular** su nivel de compromiso en obtener y mantener su salud y bienestar.

10%-----20%-----30%-----40%-----50%-----60%-----70%-----80%-----90%-----100%

Firma

Fecha