BIENVENIDO

3 DOMICILIOS PARA SERVIRLE MEJOR!

PINES WEST CHIROPRACTIC	EAST SIDE QUIROPRACTIC	MARTINEZ QUIROPRACTIC
18501 Pines Blvd., Suite 104	8228 Biscayne Blvd.	12821 S.W. 88 St.
Pembroke Pines, FL 33029	Miami, FL 33138	Miami, FL 33186

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente:_____ Fecha:_____
Domicilio:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____
Sex: ❑ Masc. ❑ Fem Edad: _____ Fecha de Nac.: _____
❑ Soltero(a) ❑ Casado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Divorciado(a)
#Seguro Social:_____ Ocupación:_____
Empleado por: _____ Tel:_____
Dirección:_____
Nombre del Esposo(a):_____ Fecha de Nac.:_____
#Seguro Social:_____ Ocupación:_____
Lugar de Trabajo:_____
Hijos(as) Nombres y Edades:_____
A Quien Agradecemos por Referirlo(a)_____

NUMEROS TELEFONICOS

Casa:_____
Trabajo:_____
Ext:_____
Hora Disponible_____
_____
Tel. Cel. :_____
Beeper:_____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:_____
Parentesco:_____
Tel. Casa:_____
Tel. Trabajo:_____

SEGURO

Quien es responsable de esta cuenta_____
Parentesco con el(la) paciente_____
Nombre de la compania de seguros_____
Número de tarjeta o grupo_____
Tiene el paciente seguro adicional ❑ Si ❑ No
Del subscriptor_____
Fecha de nacimiento_____ # S.S._____
Parentesco con el (la) paciente_____
Nombre de la compañía de seguros_____
De seguro o identificación_____

INFORMACION DE ACCIDENTE(S)

Su condición se debe a un accidente?
❑ Si ❑ No Fecha_____

Tipo de accidente_____
❑ Auto ❑ Trabajo ❑ Casa ❑ Otro
Explique Otro:_____
Si es afirmativo diga a la recepcionista y llene los formularios correctos en adición a esta forma.

CONDICION DEL (LA) PACIENTE

Razón de su visita:_____ Consulta preventiva: ❑ Si ❑ No
Cuando empezaron los síntomas?_____ Su condición empeora progresivamente? ❑ Si ❑ No ❑ No Se
Marque con una X en el dibujo donde tiene dolor, entumecimiento o cosquilleo →
Evalúe la severidad del dolor en la escala del 1 poco al 10 mucho dolor _____
Tipo de dolor: ❑ Agudo ❑ Sordo ❑ Palpitatante ❑ Entumecido ❑ Achaque ❑ Punzante ❑ Ardoroso
❑ Comezón ❑ Calambre ❑ Endurecimiento ❑ Inflamación ❑ Otro
Cuantos dias en la semana pasada sintió dolor?_____ ❑ Es constante ❑ Ocacional
Interfiere con su ❑ Trabajo ❑ Vida familiar ❑ Sueño ❑ Recreación ❑ Ejercicio
Actividades o movimientos que le causan dolor ❑ Sentarse ❑ Pararse ❑ Caminar ❑ Agacharse ❑ Acostarse
Padece otras enfermedades?_____

HISTORIAL CLINICO

Favor de checar y describir:
Cirugía mayor/operaciones: ❑ Apendectomía ❑ Amigdalectomia ❑ Vesícula Viliar ❑ Hernia ❑ Cirugía en espalda
❑ Huesos quebrados ❑ Otras_____
Accidentes, caidas, heridas:_____
Hospitalizaciones (Aparte de las arriba mencionadas):_____
Tratamientos quiroprácticos anteriores: ❑ Ninguno ❑ Nombre del doctor y fecha de la última visita:_____
Medicamentos que toma actualmente: ❑ Pastillas para los Nervios ❑ Relajantes musculares/analgésicos
❑ Medicina para la presión sanguínea ❑ Insulina ❑ Otra_____

Abajo esta una lista de enfermedades que pueden no parecer relacionadas con el objeto de su visita, sin embargo, estas preguntas deben de ser respondidas cuidadosamente debido a que estos problemas pueden afectar él curso integral de su tratamiento quiropráctico.

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE TIENE O QUE HAYA TENIDO:

- ❑ Neumonía
- ❑ Fiebre Reumática
- ❑ Polio
- ❑ Tuberculosis
- ❑ Tos Ferina
- ❑ Anemia
- ❑ Sarampión/Rubeola
- ❑ Dependencia Química
- ❑ Alcoholismo
- ❑ Paperas
- ❑ Viruela
- ❑ Varicela(Viruela Loca)
- ❑ Diabetes
- ❑ Cáncer
- ❑ Cardiopatía
- ❑ Tiroide
- ❑ Asma
- ❑ Sida/V.I.H.
- ❑ Influenza
- ❑ Pleuresia
- ❑ Artritis
- ❑ Epilepsia
- ❑ Desórdenes Mentales
- ❑ Lumbago
- ❑ Ecsema
- ❑ Ataque
- ❑ Osteoporosis
- ❑ Sistema Inmunológico Débil
- ❑ Subluxaciones
- ❑ Marcapasos
- ❑ Esclerosis Múltiple
- ❑ Cuidado Psiquiatrico
- ❑ Hepatitis
- ❑ Hernia
- ❑ Síntoma de Tunel Carpal
- ❑ Sindrome de Torceduras Recurrentes

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE USTED TIENE O QUE HAYA TENIDO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES:

SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETO

- ❑ Dolor en la parte baja de la espalda
- ❑ Dolor en medio de los hombros
- ❑ Dolor en el cuello
- ❑ Dolor en el brazo
- ❑ Dolor en las articulaciones/endurecimiento
- ❑ Dificultad al masticar/mandíbula con chasquido
- ❑ Envaramiento (tieso) general
- ❑ Dolor en el hombro
- ❑ Dolor en la rodilla
- ❑ Dolor en la cadera
- ❑ Dolor en la mano/la muñeca
- ❑ Dolor en el pie/en el tobillo

SÍNTOMAS GENERAL

- ❑ Fatiga
- ❑ Alergias
- ❑ Pérdida del Sueño
- ❑ Fiebre
- ❑ Dolor de la cabeza/jaquecas

SÍNTOMAS S.V.R.

- ❑ Dolor en el pecho
- ❑ Dificultad con la respiracion
- ❑ Presión sanguínea alta/baja
- ❑ Latido cardiaco irregular
- ❑ Problemas cardiacos
- ❑ Problems pulmonares/congestionamiento
- ❑ Venas varicosas
- ❑ Hinchazón de lost tobillos
- ❑ Ataque

DAMAS SOLAMENTE

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?_____ ¿Está usted embarazada? ❑ Si ❑ No ❑ No estoy segura

SÍNTOMAS GASTRO INTESTINAL

- ❑ Apetito pobre/excesivo
- ❑ Sed excesiva
- ❑ Nausea frecuente
- ❑ Vómito
- ❑ Diarrea
- ❑ Constipación
- ❑ Hemorroides
- ❑ Problemas del hígado
- ❑ Vesícula Biliar
- ❑ Problemas de peso
- ❑ Calambres abdominales
- ❑ Gas/hinchazón estomacal después de comer
- ❑ Excremento con sangrado/negro
- ❑ Colitis

SÍNTOMAS GENITO-URINARIO

- ❑ Problemas con la vejiga
- ❑ Orinar con dolor o en forma excesiva
- ❑ Orina descolorida

SÍNTOMAS MASCULINO/FEMENINO

- ❑ Irregularidad menstrual
- ❑ Calambres menstruales
- ❑ Dolor vaginal/infección
- ❑ Dolor en los senos/quistes-nódulos endurecidos o hinchazón
- ❑ Próstata inflamada/disfunción sexual
- ❑ Enfermedades Venereas
- ❑ Otros problemas_____

_____

_____

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

- ❑ Nerviosismo
- ❑ Entumecimiento
- ❑ Parálisis
- ❑ Mareos
- ❑ Olvidadizo
- ❑ Confusión/depresión
- ❑ Desmayos
- ❑ Convulsiones
- ❑ Extremidades frias/con comezón
- ❑ Estres

SÍNTOMAS O.L.G.

- ❑ Piquetes en los ojos
- ❑ Problemas dentales
- ❑ Garganta irritada
- ❑ Dolor en los oidos
- ❑ Dificultad para oir
- ❑ Nariz congestionada

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Los siguiente miembros de la familia tienen los mismos o similares problemas que yo:

- ❑ Madre_____
- ❑ Padre_____
- ❑ Hermano_____
- ❑ Hermana_____
- ❑ Esposo(a)_____
- ❑ Hijo(a)_____

EJERCICIO

- ❑ Ninguno
- ❑ Moderado
- ❑ Diariamente
- ❑ Pesado

ACTIVIDAD EN EL TRABAJO

- ❑ Sentado(a)
- ❑ Computadora
- ❑ Parado(a)
- ❑ Trabajo liviano
- ❑ Trabajo pesado

HABITOS

- ❑ Fumar — Paquetes al Día_____
- ❑ Alcohol — Tragos/Semana_____
- ❑ Café o bebidas con cafeína — Tazas/Día_____
- ❑ Alto Grado de estrés — Razón_____

_____

¿Qué es lo mas importante en su relación paciente/médico?_____

_____

¿Cuáles son sus metas de salud? ❑ Evitar el dolor ❑ Corregir mi problema de salud

Firma_____

BIENVENIDO(A)

Abajo esta una lista de enfermedades que pueden no parecer relacionadas con el objeto de su visita, sin embargo, estas preguntas deben de ser respondidas cuidadosamente debido a que estos problemas pueden afectar él curso integral de su tratamiento quiropráctico.

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE TIENE O QUE HAYA TENIDO:

- ❑ Neumonía
- ❑ Fiebre Reumática
- ❑ Polio
- ❑ Tuberculosis
- ❑ Tos Ferina
- ❑ Anemia
- ❑ Sarampión/Rubeola
- ❑ Dependencia Química
- ❑ Alcoholismo
- ❑ Paperas
- ❑ Viruela
- ❑ Varicela(Viruela Loca)
- ❑ Diabetes
- ❑ Cáncer
- ❑ Cardiopatía
- ❑ Tiroide
- ❑ Asma
- ❑ Sida/V.I.H.
- ❑ Influenza
- ❑ Pleuresia
- ❑ Artritis
- ❑ Epilepsia
- ❑ Desórdenes Mentales
- ❑ Lumbago
- ❑ Ecsema
- ❑ Ataque
- ❑ Osteoporosis
- ❑ Sistema Inmunológico Débil
- ❑ Subluxaciones
- ❑ Marcapasos
- ❑ Esclerosis Múltiple
- ❑ Cuidado Psiquiatrico
- ❑ Hepatitis
- ❑ Hernia
- ❑ Síntoma de Tunel Carpal
- ❑ Sindrome de Torceduras Recurrentes

CHEQUEE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE USTED TIENE O QUE HAYA TENIDO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES:

SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETO

- ❑ Dolor en la parte baja de la espalda
- ❑ Dolor en medio de los hombros
- ❑ Dolor en el cuello
- ❑ Dolor en el brazo
- ❑ Dolor en las articulaciones/endurecimiento
- ❑ Dificultad al masticar/mandíbula con chasquido
- ❑ Envaramiento (tieso) general
- ❑ Dolor en el hombro
- ❑ Dolor en la rodilla
- ❑ Dolor en la cadera
- ❑ Dolor en la mano/la muñeca
- ❑ Dolor en el pie/en el tobillo

SÍNTOMAS GENERAL

- ❑ Fatiga
- ❑ Alergias
- ❑ Pérdida del Sueño
- ❑ Fiebre
- ❑ Dolor de la cabeza/jaquecas

SÍNTOMAS S.V.R.

- ❑ Dolor en el pecho
- ❑ Dificultad con la respiracíon
- ❑ Presión sanguínea alta/baja
- ❑ Latido cardiaco irregular
- ❑ Problemas cardiacos
- ❑ Problems pulmonares/congestionamiento
- ❑ Venas varicosas
- ❑ Hinchazón de lost tobillos
- ❑ Ataque

DAMAS SOLAMENTE

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?_____

SÍNTOMAS GASTRO INTESTINAL

- ❑ Apetito pobre/excesivo
- ❑ Sed excesiva
- ❑ Nausea frecuente
- ❑ Vómito
- ❑ Diarrea
- ❑ Constipación
- ❑ Hemorroides
- ❑ Problemas del hígado
- ❑ Vesícula Biliar
- ❑ Problemas de peso
- ❑ Calambres abdominales
- ❑ Gas/hinchazón estomacal después de comer
- ❑ Excremento con sangrado/negro
- ❑ Colitis

SÍNTOMAS GENITO-URINARIO

- ❑ Problemas con la vejiga
- ❑ Orinar con dolor o en forma excesiva
- ❑ Orina descolorida

SÍNTOMAS MASCULINO/FEMENINO

- ❑ Irregularidad menstrual
- ❑ Calambres menstruales
- ❑ Dolor vaginal/infección
- ❑ Dolor en los senos/quistes-nódulos endurecidos o hinchazón
- ❑ Próstata inflamada/disfunción sexual
- ❑ Enfermedades Venereas
- ❑ Otros problemas_____

_____

_____

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

- ❑ Nerviosismo
- ❑ Entumecimiento
- ❑ Parálisis
- ❑ Mareos
- ❑ Olvidadizo
- ❑ Confusión/depresión
- ❑ Desmayos
- ❑ Convulsiones
- ❑ Extremidades frias/con comezón
- ❑ Estres

SÍNTOMAS O.L.G.

- ❑ Piquetes en los ojos
- ❑ Problemas dentales
- ❑ Garganta irritada
- ❑ Dolor en los oidos
- ❑ Dificultad para oir
- ❑ Nariz congestionada

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Los siguiente miembros de la familia tienen los mismos o similares problemas que yo:

- ❑ Madre_____
- ❑ Padre_____
- ❑ Hermano_____
- ❑ Hermana_____
- ❑ Esposo(a)_____
- ❑ Hijo(a)_____

¿Está usted embarazada? ❑ Si ❑ No ❑ No estoy segura

EJERCICIO

- ❑ Ninguno
- ❑ Moderado
- ❑ Diariamente
- ❑ Pesado

ACTIVIDAD EN EL TRABAJO

- ❑ Sentado(a)
- ❑ Computadora
- ❑ Parado(a)
- ❑ Trabajo liviano
- ❑ Trabajo pesado

HABITOS

- ❑ Fumar — Paquetes al Día_____
- ❑ Alcohol — Tragos/Semana_____
- ❑ Café o bebidas con cafeína — Tazas/Día_____
- ❑ Alto Grado de estrés — Razón_____

_____

¿Qué es lo mas importante en su relación paciente/médico?_____

_____

¿Cuáles son sus metas de salud? ❑ Evitar el dolor ❑ Corregir mi problema de salud

Firma_____

BIENVENIDO(A)

BIENVENIDO

3 DOMICILIOS PARA SERVIRLE MEJOR!

PINES WEST CHIROPRACTIC	EAST SIDE QUIROPRACTIC	MARTINEZ QUIROPRACTIC
18501 Pines Blvd., Suite 104	8228 Biscayne Blvd.	12821 S.W. 88 St.
Pembroke Pines, FL 33029	Miami, FL 33138	Miami, FL 33186

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente:_____ Fecha:_____
Domicilio:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____
Sex: ❑ Masc. ❑ Fem Edad: _____ Fecha de Nac.: _____
❑ Soltero(a) ❑ Casado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Divorciado(a)
#Seguro Social:_____ Ocupación:_____
Empleado por: _____ Tel:_____
Dirección:_____
Nombre del Esposo(a):_____ Fecha de Nac.:_____
#Seguro Social:_____ Ocupación:_____
Lugar de Trabajo:_____
Hijos(as) Nombres y Edades:_____
A Quien Agradecemos por Referirlo(a)_____

NUMEROS TELEFONICOS

Casa:_____
Trabajo:_____
Ext:_____
Hora Disponible_____
_____
Tel. Cel. :_____
Beeper:_____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:_____
Parentesco:_____
Tel. Casa:_____
Tel. Trabajo:_____

SEGURO

Quien es responsable de esta cuenta_____
Parentesco con el(la) paciente_____
Nombre de la compania de seguros_____
Número de tarjeta o grupo_____
Tiene el paciente seguro adicional ❑ Si ❑ No
Del subscriptor_____
Fecha de nacimiento_____ # S.S._____
Parentesco con el (la) paciente_____
Nombre de la compañía de seguros_____
De seguro o identificación_____

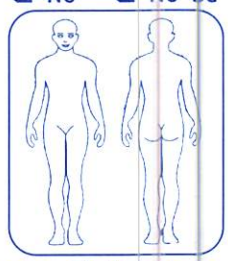
INFORMACION DE ACCIDENTE(S)

Su condición se debe a un accidente?
❑ Si ❑ No Fecha_____

Tipo de accidente_____
❑ Auto ❑ Trabajo ❑ Casa ❑ Otro
Explique Otro:_____
Si es afirmativo diga a la recepcionista y llene los formularios correctos en adición a esta forma.

CONDICION DEL (LA) PACIENTE

Razón de su visita:_____ Consulta preventiva: ❑ Si ❑ No
Cuando empezaron los síntomas?_____ Su condición empeora progresivamente? ❑ Si ❑ No ❑ No Se
Marque con una X en el dibujo donde tiene dolor, entumecimiento o cosquilleo →



Evalúe la severidad del dolor en la escala del 1 poco al 10 mucho dolor _____
Tipo de dolor: ❑ Agudo ❑ Sordo ❑ Palpitatante ❑ Entumecido ❑ Achaque ❑ Punzante ❑ Ardoroso
❑ Comezón ❑ Calambre ❑ Endurecimiento ❑ Inflamación ❑ Otro
Cuantos dias en la semana pasada sintió dolor?_____ ❑ Es constante ❑ Ocacional
Interfiere con su ❑ Trabajo ❑ Vida familiar ❑ Sueño ❑ Recreación ❑ Ejercicio
Actividades o movimientos que le causan dolor ❑ Sentarse ❑ Pararse ❑ Caminar ❑ Agacharse ❑ Acostarse
Padece otras enfermedades?_____

HISTORIAL CLINICO

Favor de checar y describir:
Cirugía mayor/operaciones: ❑ Apendectomía ❑ Amigdalectomia ❑ Vesícula Viliar ❑ Hernia ❑ Cirugía en espalda
❑ Huesos quebrados ❑ Otras_____
Accidentes, caidas, heridas:_____
Hospitalizaciones (Aparte de las arriba mencionadas):_____
Tratamientos quiroprácticos anteriores: ❑ Ninguno ❑ Nombre del doctor y fecha de la última visita:_____
Medicamentos que toma actualmente: ❑ Pastillas para los Nervios ❑ Relajantes musculares/analgésicos
❑ Medicina para la presión sanguínea ❑ Insulina ❑ Otra_____

Forma de accidente de vehículo

Día y hora de accidente de vehículo:

_____

Usted era: ☐Conductor ☐ Pasajero delantero

☐Pasajero trasero

¿Si hubo infracción de tráfico quien fue culpable?

_____

Número de personas en el vehículo accidentado:

_____

Nombre de las personas en el accidente:

_____

_____

¿Llego la policía al accidente? ☐Sí ☐No

¿Se hizo reporte de policía? ☐Sí ☐No

¿Había testigos? ☐Sí ☐No

¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? ☐Sí ☐No

¿Este vehículo estaba equipado con bolsas de aire?

☐Sí ☐No

¿Si la respuesta es sí, se activaron? ☐Sí ☐No

¿En relación con la base de su cabeza, donde descansaba su cabeza en el reposacabezas?

☐ Por encima ☐Por debajo ☐Base de su cabeza

¿Cómo fue el impacto? Describir brevemente su accidente:

_____

_____

_____

¿Alguna parte de su cuerpo impactó algo en el vehículo?

☐Sí ☐No Si fue si, por favor explique:

_____

_____

¿Su vehículo se salió de la carretera? ☐Sí ☐No

¿Qué modelo de vehículo estaba usted ocupando?

_____

¿Cuál fue el modelo del otro vehículo?

_____

¿Nombre de la calle en la cual usted viajaba?

_____

¿En qué dirección usted viajaba?

☐Norte ☐Sur ☐Este ☐Oeste

¿Dirección en la cual el otro vehículo estaba?

☐Norte ☐Sur ☐Este ☐Oeste

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo?

_____

El impacto ocurrió en que forma:

☐Parte trasera ☐Frente ☐Costado

¿Qué dirección usted estaba mirando?:

☐Derecha ☐Izquierda ☐Hacia delante

¿Usted estaba ☐Alerta ☐Sorprendido(a) por el impacto?

¿El carro tuvo algún impacto con otro vehículo?

☐Sí ☐No

¿Velocidad del otro vehículo?

_____

¿Usted ya ha reportado su accidente a su compañía de seguro? ☐Sí ☐No

¿El accidente le(a) dejo inconsciente? ☐Sí ☐No

¿Si la respuesta es sí, por cuánto tiempo?

_____

Por favor describir como se sintió inmediatamente después del accidente:

_____

¿Fue al hospital o algún otro doctor? ☐Sí ☐No

¿Nombre del hospital o doctor?

_____

Era: ☐Quiropráctico ☐Doctor de cabecera

Por favor describa cualquier tratamiento que usted recibió:

_____

_____

¿Cuándo se examinó? ☐Después del accidente

☐Próximo día ☐____ Días después

¿Ha podido trabajar después del accidente? ☐Sí ☐No

¿Has tenido restricciones en el trabajo después del accidente? ☐Sí ☐No

¿Tiene usted abogado asignado a su caso?☐Sí ☐No

Nombre de su abogado: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION SOBRE SU SALUD

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a llamar, a dejar mensajes del correo de voz y \ mensajes del E-mail y a divulgar la información sobre su salud (PHI) referente a mí, incluyendo y no limitado a la información médica, tal como resultados de la prueba, o los resultados de los procedimientos, a los recordatorios de la cita, o a cualquier otra PHI relacionada con mi tratamiento a los números siguientes:

O Numero de Casa O Numero de Celular

O Numero de Trabajo O Correo Electrónico

Recordatorios de citas:

O Mensaje de texto

☐ Compañía de celular: _____

O Correo Electrónico:

_____

Todos los recordatorios se envían aproximadamente 24 horas antes de su cita.

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a enviar por telefax mi (PHI), incluyendo la información médica necesitada para mi tratamiento al número de fax siguiente:

_____

Autorizo a Martinez Chiropractic Center y a cualquier miembro de su personal a divulgar mi (PHI), incluyendo resultados de la prueba a los individuos siguientes:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

_____ _____ _____

Nombre Del Paciente Firma Del Paciente Fecha

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRATICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de Martinez Chiropractic Center.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Quien suscribe autoriza a Martinez Chiropractic Center, o cualquiera que ellos designen como sus asistentes, a realizar exámenes físicos, tomar radiografías, terapias física, y realizar procedimientos diagnósticos, y si alguna condición imprevista surge en el curso de estos procedimientos, diferente o en adición a la(s) pre-existente(s), (le) autorizo a realizar lo que consideren recomendable. La naturaleza y propósito de estos procedimientos y el riesgo que puedan tener.

Mi firma certifica que he leído y he convenido a la información mencionada.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

AUTORIZACION

Quien suscribe autoriza a mi compañía de seguro y/o abogado enviar los pagos de los beneficios que me corresponden directamente a Martinez Chiropractic Center. Autorizo también a que todos los registros médicos que mi compañía de seguros y/o abogado requieran les sean remitidos. Entiendo que soy responsable ante Martinez Chiropractic Center por los cargos que no sean cubiertos por esta autorización. En el caso de que sea necesario instituir un litigio sobre gastos no pagados por nuestros servicios, los gastos legales incurridos serán responsabilidad del paciente.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

NOTA:
Anexo en contra nuestra reclamación por servicios presentados al paciente arriba mencionado. Confió en que esto será suficiente para que nuestra reclamación sea procesada inmediatamente.

Por favor observe que esta es una reclamación asignada y el pago deberá ser enviado por correo directamente a este proveedor.

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

INFORMACIÓN SOBRE SU PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL

Debido a las regulaciones en el estado de la Florida, necesitamos informarle que todos los seguros de automóvil cubren 80% de los cargos permitidos. Es la responsabilidad del paciente pagar el 20% que no está cubierto por el seguro. Si usted tiene "med-pay", por favor notificar a la recepcionista.

_____ _____ _____
Firma del paciente Nombre del paciente Fecha

CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Esto es para certificar que yo, _____ he dado toda la información necesaria sobre mi póliza de seguro automóvil.

Compañía de seguro _____

Numero de póliza _____ Numero de reclamo _____

Nombre del asegurado(a) _____

Parentesco con asegurado(a) _____

Fecha del accidente _____

Yo, _____ siendo el(la) paciente anteriormente mencionado, certifico que la información anteriormente proporcionada por mí, sobre reclamaciones de seguro/información de pólizas, mi mayor entendimiento, es en efectivo correcta y la cual tengo derecho a cobertura médica y/o de "Protección de Lesión Personal" (PIP, por sus siglas en ingles).

Entiendo que esta oficina medica cuenta con dicha información para efectos de recibir la cobertura apropiada y calificar para el pago de los servicios médicos que se me fueron suministrados.

_____ _____ _____
Firma del paciente Nombre del paciente Fecha

Esta notificación es hecha en buena fe para así poder utilizar los beneficios indicados en mi póliza de PIP por los que he pagado primas de las cuales estoy reclamando beneficios.

Si la reclamación o el número de la póliza anteriormente mencionada no es correcta o su compañía no puede empatar dicha información con el nombre del asegurado, usted debe notificárselo inmediatamente a las oficinas medicas antes de los cinco días. De lo contrario, dicha información se dará por correcta y las oficinas médicas no serán perjudicadas en sus esfuerzos por obtener el pago por los servicios suministrados.

PINES WEST
CHIROPRACTIC
18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

Formulario de Autorización

"Live Healthy, Be Happy"

Pines West Chiropractic Center

Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Al firmar, autorizo a Pines West Chiropractic a utilizar y/o revelar cierta información de salud protegida (PHI) acerca de mí a _____.

Esta autorización permite a Pines West Chiropractic utilizar y/o revelar la siguiente información de salud individualmente identificable acerca de mí (describir específicamente la información que se utilizará o divulgará, como la fecha (s) de servicios, tipos de servicios, nivel de detalle a ser liberado, origen de la información, etc.

La información será utilizada o divulgada para el siguiente propósito:

(si la divulgación es solicitada por el paciente, el propósito se puede enumerar como "a petición del individuo ")

El propósito(s) es/se proporciona para que yo pueda tomar una decisión informada si permitir la liberación de la información. La autorización expirará en _____.

La práctica recibira ____ no recibirá ____ el pago u otra remuneración de terceros a cambio de usar o revelar la PHI.

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Pines West Chiropractic Center. De hecho, tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Cuando mi información sea utilizada o revelada conforme a esta autorización, puede estar sujeto a la redivulgación por el destinatario y no puede ser protegido por las normas federales de privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser presentada al oficial de privacidad en:

Pines West Chiropractic Center, 18501 Pines Blvd. Suite 104 Pembroke Pines, FL 33029

(954) 432-3343

He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad " y lo he leído.

_____	_____
Firma del Paciente o Tutor Legal	Relación con el Paciente
_____	_____
Nombre	Fecha
_____	_____
Nombre de Tutor Legal	Fecha

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

CESIÓN DE BENEFICIOS/DERECHOS DE POLIZA

Yo, el (la) paciente suscrito (a), cedo los derechos y beneficios de la cobertura de segura "Protección de Lesión Personal" (P.I.P., por sus siglas en ingles), pagos médico, y/o de cualquier otro seguro al Martinez Chiropractic Center, por los servicios prestados y/o el material suministrado para el tratamiento de las lesiones personales sufridas por el (la) paciente como resultado de los incidentes ocurridos al (la) paciente suscrito (a) en fecha de _____; dichas lesiones están cubiertas por la cobertura P.I.P. u otra cobertura de seguro bajo el nombre del (la) asegurador(a) _____ de acuerdo con las Estatuas de la Florida Sección 627-736(5). El (la) suscrito (a) está de acuerdo en pagar cualquier deducible o coaseguro no cubierto por la P.I.P. u otro seguro. He leído la información contenida en el presente documento y es verídica a mi mayor saber y entender.

Esta cesión incluye, pero no está limitada a, todos los derechos de recibir los beneficios directamente de la compañía de seguros, que está obligada a proveer beneficios en cualquier acción, que incluye la demanda legal, si por cualquier razón la compañía de seguro no hiciera los pagos de los beneficios a los que yo tengo derecho. Específicamente, esta cesión incluye el derecho de recibir el pago por los costos razonables relacionados con el copiado y envió de los documentos al asegurador a solicitud del asegurador y de acuerdo con los Estatuas de la Florida Sección 627.736(6). Esta cesión también incluye cualquier derecho de recuperar los gastos y honorarios de abogado por la presentación de tal acción entabla por quien presta los servicios, como cesionario del (la) paciente. Yo estoy de acuerdo que el Martinez Chiropractic Center, escoja a cualquier abogado que el centro desee, y entiendo y estoy de acuerdo en que el abogado escogido por ellos pueda ser diferente abogado que esta frente a mi caso o reclamo de lesión personal/lesión corporal.

Como parte de esta cesión de derechos y beneficios, la cual obligara al asegurador únicamente al ser recibida dicha cesión después de ser firmada y fechada por el proveedor de atención médica, por este médico yo instruyo al asegurador que retenga y no distribuya el monto de los beneficios reclamados por Martinez Chiropractic Center, en la eventualidad que esos beneficios médicos sean disputados por cualquier razón, que puede incluir su justificación o necesidad. Como parte de esta cesión de derechos y beneficios, además instruyo al asegurador a notificar inmediatamente al proveedor se cualquier disputa en cuanto al pago para que de esa manera el centro pueda ejercer sus derechos legales. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendo y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, haga una declaración que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito en el tercer grado. Yo he leído la información aquí contenida y declaro que es verdad a mi mejor entender.

_____ _____ _____

Nombre Del Paciente Firma Del Paciente Fecha

Proveedor

Por este medio, el suscrito, en nombre del Martinez Chiropractic Center, acepta la cesión de derechos y beneficios de seguro por los servicios suministrados a _____ dichos beneficios serán pagados directamente al Martinez Chiropractic Center, bajo el beneficio de Protección de Lesiones Personales (P.I.P.) de _____, u otra cobertura de seguro con _____ de acuerdo con los Estatutos de la Florida Sección 627.736 y siguientes (5) Martinez Chiropractic Center.

Por: _____ _____ **E.I.N. # 650348913**

Agente/Representante autorizado Fecha

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

DERECHO DE RETENCIÓN IRREVOCABLE

Por este medio, autorizo al Centro Quiropráctico Martinez, y/o a los doctores y los representantes para que le proporcione a usted, mi abogado, el reporte completo de mi examen médico, el diagnostico, el tratamiento y el pronóstico, entro otros, referentes al accidente sufrido.

Por este medio, le autorizo e instruyo a usted, mi abogado, a pagar al centro indicado anteriormente, en forma directa, aquellas sumas que se les deba por servicios médicos proporcionados tanto a causa del accidente o por cualquier otra cuenta que se le deba y a retener aquellos montos que provengan del arreglo, una decisión judicial o una sentencia, según sea necesario para proteger a dichos médicos. Además, por este medio, cedo a dicho centro, un poder sobre todos y cualquier ingreso por el arreglo, la decisión judicial o la sentencia en mi caso y que sea girado a usted, mi abogado, o a mí, como resultado de las lesiones debido a las cuales he recibido el tratamiento, o las lesiones relacionadas.

Yo entiendo plenamente que soy completamente responsable por todas las facturas medicas presentadas por dicho centro por los servicios prestados y que realice de acuerdo únicamente para la protección de dicho centro y como contraprestación por la demora en el pago. Además entiendo que dicho pago no depende de la orden judicial, sentencia o de acuerdo por el cual yo puedo eventualmente recuperar dichos honorarios.

_____	_____	_____
Nombre Del Paciente	Firma Del Paciente	Fecha

El (la) suscrito(a), como el abogado registrado del paciente anteriormente nombrado(a), por este medio estoy acuerdo en acatar todos los términos indicados anteriormente y estoy de acuerdo en retener aquellos montos que surjan de cualquier acuerdo, orden judicial o sentencia que sean necesarios para proteger adecuadamente dicho centro.

_____	_____	_____
Bufete Del Abogado	Firma Del Abogado	Fecha

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

OPTIONAL APPOINTMENT REMINDS VIA TEXT OR EMAIL

Please choose an option:

- o Text Message
  Specify Phone Carrier: _____
  Cell Phone Number: _____

- o Email
  Email Address: _____

- o NO REMINDERS PLEASE

Please choose when you would like to receive it:

- o One hour before
- o One day before

CHIROPRACTIC NEWSLETTER

Receive our interesting health improving monthly newsletter online.

This monthly Chiropractic newsletter delivers credible and current health information to help you and your family live healthier. Please fill out the information below for your authorization:

- o Yes, I would like to receive the monthly news letter.
- o No, I would not like to receive the monthly newsletter.

First Name: _____

Last Name: _____

Email: _____

Signature: _____

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

Política de Terapia de Masajes

Ofrecemos terapia de masaje en nuestra oficina como un servicio adicional para nuestros pacientes. Creemos que la terapia de masaje tiene un valor para ayudarlo a sanar. Nuestra política es que las citas sean pre programados. Si debe reprogramar o perder una cita **DEBES LLAMAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACION.** Si no llama el costo sera $30.00. La única excepción a esto es si usted tiene una emergencia grave.

Muchas gracias por su cooperación,

Dr. Joseph M. Buckley

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

HIPAA Notice of Privacy Practices

PINES WEST CHIROPRACTIC CENTER, INC.

18501 Pines Blvd, Ste 104 Pembroke Pines, FL 33029-1414

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW CAREFULLY.

If you have any questions about the above notice, please contact our Office at

954-432-3343

Our Obligations

We are required by law to:

- Maintain the privacy of protected health information
- Give you the notice of your legal duties and privacy practices regarding health information about you
- Follow the terms of our notice that is currently in effect

How We May Use and Disclose Health Information

Described as follows are the ways we may use and disclose health information that identifies you ("Health Information"). Except for the following purposes,
we will use and disclose health information only with your written permission. You may revoke such permissions at any time by writing to our practice's
privacy officer.

Treatment. We may use and disclose Health Information for your treatment and to provide you with treatment-related health care services. For example, we may disclose Health Information to doctors, nurses, technicians, or other personnel, including people outside our office, who are involved in your medical care and need the information to provide you with medical care.

Payment. We may use and disclose Health Information so that we or others may bill and receive payment from you, an insurance company, or a third party for treatment and services you receive. For example, we may give your health plan information so that they will pay for your treatment.

Health Care Operations. We may use and disclose Health Information for health care operation purposes. These uses and disclosures are necessary to make sure that all of our patients receive quality care to operate and manage our office. For example, we may use and disclose information to make sure the obstetric or gynecologic care you receive is of the highest quality. We also may share information with our entities that have a relationship with you (for example, your health plan) for their health care operation activities.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and Health Related Benefits and Services. We may use and disclose Health Information to contact you and remind you that you have an appointment with us. We also may use and disclose Health Information to tell you about treatment alternatives or health
related benefits and services that may be of interest to you.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. When appropriate, we may share Health Information with a person who is involved in your medical care or payment for your care, such as your family or a close friend. We also may notify your family about your location or general condition or disclose such information to an entity assisting in a disaster relief effort.

Research. Under certain circumstances, we may use and disclose Health Information for research. For example, a research project may involve comparing the health of patients who receive one treatment to those who receive another for the same condition. Before we use or disclose Health Information for research, the project will go through a special approval process. Even without special approval, we may permit researchers to look at records to help them identify patients who may be included in their research project or for other similar purposes.

Special Situations

As required by law. We will disclose Health Information when required to do so by international, federal, state, or

local law.
To Avert a Serious Threat to Health of Safety. We will disclose Health Information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the public, or another person. Disclosure, however, will be made only to someone who may be able to help provide treatment.

Business Associates. We may disclose Health Information to our business associates that perform functions on our behalf or to provide us with services if the information is necessary for such functions or services. For example, we may use another company to perform billing services on our behalf. All of our business associates are obligated to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than that as specific in our contract.

Organ and Tissue Donation. If you are an organ donor, we may use or release Health Information to organizations that handle organ procurement or other entities engaged in procurement; banking or transportation of organs, eyes, or tissues to facilitate organ, eye, or tissue donation, and transplantation.

Military and Veterans. If you are a member of the army forces, we may use or release Health Information as required by military command authorities. We also may release Health Information to the appropriate foreign military authority if you are a member of a foreign military.

Worker's Compensation. We may release Health Information for worker's compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Risks. We may disclose Health Information for public health activities. These activities generally include disclosure to prevent or control disease, injury, or disability; report child abuse or neglect; report reactions to medications or problems with products; notify people of recalls of products they may be using; inform a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and report to the appropriate government authority if we believe a patient has been a victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required by law.

Health Oversight Activities. We may disclose Health Information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit of a dispute, we may disclose Health Information in response to a court or a court administrator order. We also may disclose Health Information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement. We may release Health Information if asked by a law enforcement official if the information is: 1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons, or similar process; 2) limited information to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; 3) about the victim of crime even if, under certain circumstances, we are unable to obtain the person's agreement; 4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; 5) about criminal conduct on our premises and; 6)in an emergency to report a crime to the location of the crime if victims, or the identity, description, or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners, Funeral Directors. We may release Health Information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release Health Information to funeral directors as necessary for their duties.

National Security and Intelligence Activities. We may release Health Information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons, or foreign heads of state, or to conduct special investigations.

Protective Services and Intelligence Activities. We may release Health Information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons, or foreign heads of state, or to conduct special investigations.

Inmates or Individuals in Custody. If you are an inmate of a correctional institution or other custody of a law enforcement official, we may release Health Information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be made if necessary 1) for the institution to provide you with health care; 2) to protect your health and safety or the health and safety of others, or; 3) for the safety and security of the correctional institution.

Your Rights

You have the following rights regarding Health Information we have about you:

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy Health Information that we may used to make decisions about your care or payment for your care. This includes medical and billing records, other than psychotherapy notes. To inspect and copy this information, you must make your request in writing, to our Privacy Officer.

Right to Amend. If you feel that Health Information we have is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for our office. To request an amendment, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request a list of certain disclosures we made of Health Information for purposes other than treatment, payment, and health care operations or for which you provided written authorization. To request an accounting of disclosures, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the Health Information we use or disclose for treatment, payment, or health care operation. You also have a right to request a limit on the Health Information we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you can ask that we not share information about your particular diagnosis or treatment with your spouse. To request a restriction, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer. **We are not required to agree with your request.** If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment.

Right to Request Confidential Communication. You have the right to request that we communicate with you about your medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we contact you only by mail or at work. To request confidential communications, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.

Right to a Paper Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice. You must ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice by contacting our office.

Changes to This Notice

We reserve the right to change this notice and make the new notice apply to Health Information we already have as well as any information we receive in the future. We will post a current copy of our notice at our office. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right hand corner.

Complaints

If you believe your privacy has been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our office, contact our Privacy Officer. All complaints must be made in writing. **You will not be penalized for filing a complaint.**

By Subscribing my name below, I acknowledge receipt of a copy of this notice, and my understanding and my agreement to its terms.

_____ _____

Patient Signature Date

PINES WEST
CHIROPRACTIC
"Live Healthy, Be Happy"

18501 Pines Blvd. Ste 104, Pembroke Pines, FL 33029
T: 954-432-3343 | F: 954-450-2565

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas e indique el nivel de dificultad o discapacidad según sea el caso. Para cada pregunta el ***0 indica ningún tipo de dificultad o discapacidad y el 10 completa discapacidad o dificultad o que para completar la tarea necesita ayuda o asistencia***.

1. ¿Cuanto interfiere el dolor con tu trabajo fuera y dentro de la casa.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ¿Cuanto interfiere el dolor con tu cuidado personal como bañarte, vestirte, etc.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando viajas.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando estas de pie o sentado.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando levantas cosas sobre la cabeza, agarras objetos o tratas de alcanzar cosas.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando recojes cosas del piso, te doblas, o te agachas.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ¿Cuanto interfiere el dolor cuando corres o caminas.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. ¿Se ha afectado tu ingreso por el dolor?
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. ¿Necesitas medicamentos para el dolor a diario?
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. A consecuencia del dolor, ¿te has visto en la necesidad de visitar doctores más frecuente?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. A consecuencia de dolor, ¿ya no puedes ver personas importantes en tu vida como quisieras?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. ¿El dolor interfiere con actividades recreacionales o pasatiempos que son importantes para ti?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. ¿Has necesitado ayuda de familiares o vecinos para completar trabajos o tareas (dentro o fuera del hogar) debido al dolor?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. ¿Te sientes más deprimido, tenso, o ansioso que antes debido al dolor?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. ¿Existe algún problema emocional causado por el dolor que está interfiriendo con tu vida familiar, social o actividades del trabajo?
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ Nombre del Paciente

_____ Firma del Doctor