

NEW HAVEN CHIROPRACTIC GROUP

Fecha: ____/____/____

Nombre _____
Name

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Area postal _____
Address City State Zip

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Home Phone Cell Phone

E-mail _____ Facebook _____
E-mail Facebook

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Estado civil _____ Masculino Femenina
Birth Date Age Marital Status Male Female

Empleo _____ Teléfono de empleo _____
Employed by Business Phone

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Area postal _____
Address City State Zip

De ser necesario me puede localizar a través de (Nombre e teléfono) _____
Emergency Contact (Name and Phone #)

Nombre de abogado _____ 4 últimos dígitos de su número de Seguro Social _____
Attorney Name Last 4 digits of your social security #

¿Si usted tiene seguro médico? Sí No Si sí, ¿cuáles? _____
Do you have health insurance? Yes No If yes, list names

¿Si usted tiene seguro auto? Sí No Si sí, por favor dé una copia de su tarjeta al recepcionista
Do you have auto insurance? Yes No If yes, please provide a copy of your insurance cards to the receptionist

¿Cómo le ocurrió la lesión? Indemnización al trabajador Accidente de auto Otro _____
How did this happen? Workers Compensation Auto Accident Other

Fecha de accidente ____/____/____
Date of Accident

¿Ha perdido días de trabajo a causa de esto? Sí No Si sí, ¿qué fechas? _____
Have you lost days from work? Yes No If yes, what dates?

¿Si usted necesita transporte a nuestra oficina? Sí No Si sí, ¿qué fechas? _____
Do you need transportation to our office? Yes No If yes, what dates?

SI SU LESIÓN ES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE AUTO CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS:

¿Era usted el conductor? Sí No ¿Era usted el pasajero? Sí No
Were you the driver? Yes No Were you a passenger? Yes No

Si un pasajero, ¿estabas en el asiento Delantero Trasero
If you were a passenger, were you in the Front Seat Back Seat

Indique nombre del conductor _____
What is the name of driver?

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? Sí No
Were you wearing a seat belt? Yes No

¿Se infló la bolsa de aire? Sí No
Did an airbag inflate? Yes No

¿Cómo fue el impacto al auto? Parte trasera Frente
How were you hit? Rear-ended Head-on

Lado de conductor Lado de pasajero Otro _____
Broad-sided Driver's side Other

¿Tenía la cabeza girada cuando ocurrió el impacto? Sí No
Was your head turned at the time of impact? Yes No

¿Se ha preparado por el impacto? Sí No
Were you braced for impact? Yes No

¿Fue llevado a sala de emergencia? Sí No
Were you taken to an emergency room? Yes No

Si sí, ¿cuál? _____
If yes, which one?

¿Le tomaron radiografías? _____
Were X-rays taken there?

¿Se ha tomado pruebas de diagnóstico? (MRI, CT Scan, X-rays, etc.)
Have you had any diagnostic testing done (MRI, CT Scan, X-rays, etc.)
 Sí No Si sí, ¿dónde? _____
Yes No If yes, where?

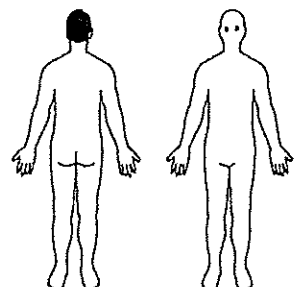
(Mujeres) ¿Hay posibilidad de que este embarazada? Sí No
(Women) Is there any chance that you could be pregnant? Yes No

UBICACIÓN Y TIPO DE DOLOR ¿DÓNDE TE DUELE?

CUADRO DE DOLOR

Marque las áreas de su cuerpo donde siente las sensaciones descritas abajo. Use los símbolos apropiados.

- Dolor = ++++
- Quemazón = VVV
- Alfileres y agujas = OOO
- Puñalada = IIII



¿Dónde te duele? (Dolor de cuello, dolor de espalda, dolor de cabeza...) _____

¿Ha tenido este tipo de dolor en el pasado? _____

Se están tomando Anticoagulantes Aspirina Advil, etc. Antiácidos
 Laxantes Vitaminas Medicina herbal

ANTES DE LA LESIÓN, ¿ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

GENERAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la fatiga crónica | <input type="checkbox"/> diabetes (¿cuando se diagnostica? _____) |
| <input type="checkbox"/> pérdida de peso (cantidad _____ ¿ya que cuando? _____) | <input type="checkbox"/> tiroides |
| <input type="checkbox"/> fiebre (recientemente) | <input type="checkbox"/> nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> alergias |
| <input type="checkbox"/> tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> NO TENGO QUEJAS |
| <input type="checkbox"/> cancer (indique de que _____) | |

OÍDOS, OJOS, NARIZ Y LA GARGANTA

- ronquera mareos problema con la visión NO TENGO QUEJAS

LOS PULMONES

- asma tos falta de respiración NO TENGO QUEJAS

CARDÍACO

- dolor de pecho palpitaciones alta presión hinchazón de los tobillos
 latido del corazón irregular coágulos de sangre NO TENGO QUEJAS

NEUROLÓGICO / PSIQUIÁTRICO

- derrame cerebral depresión temblor de mano entumecimiento (¿Dónde? _____)
 ataque de panico migraña ansiedad convulsiones perdida de memoria NO TENGO QUEJAS

PIEL

- erupciones urticaria alergia de la piel NO TENGO QUEJAS

GASTROINTESTINAL

- estreñimiento calambres en el estómago nauseas vomitos sangre en la escreta
 gases enfermedad del hígado dificultad tragando NO TENGO QUEJAS

URINARIO

- piedra en el riñón disminución en el flujo al orinar NO TENGO QUEJAS

HUESOS Y LAS ARTICULACIONES

- artritis/reumatismo gota dolor de espalda (cronico/recurrente) osteoporosis
 NO TENGO QUEJAS

DESPUÉS DE LA LESIÓN, ¿ha tenido alguna de las condiciones anteriormente? Sí No

Si sí, ¿cuáles? _____



DR. JAMES CIANCIOLO

DR. SARAH LEVIN

1. Por este medio autorizo dispensar la información necesaria de mi expediente para reclamos de pago a mi aseguradora.
2. Le cedo a New Haven Chiropractic Group pagos que de otro modo me corresponderían.
3. Por este medio autorizo a New Haven Chiropractic Group recibir cualquier información adquirida por algún examen e otro medio de mi condición física y los eximo de cualquier consecuencia como resultado del mismo.
4. El paciente es responsable por cualquier pago pendiente a New Haven Chiropractic Group al concluir su tratamiento.

Fecha: ____/____/____

IMPRIMIR NOMBRE

FIRMA DEL PACIENTE



DR. JAMES CIANCIOLO

DR. SARAH LEVIN

At New Haven Chiropractic Group maintaining our patients' trust and confidence is very important to us. That is why we have made it our priority to keep the information you provide us safe and confidential. Our employees are educated on the importance of maintaining the confidentiality of your health information. The Practice's Privacy Notice has been provided to me prior to my signing this form. The Privacy Notice includes a complete description of the uses and/or disclosures of my protected health information (PHI) necessary for the Practice to provide treatment to me, and also necessary for the Practice to obtain payment for that treatment and to carry out health care operations. The Practice explained to me that the Privacy Notice is available to me now, or in the future at my request.

The Practice reserves the right to change its privacy practices that are described in its Privacy Notice, in accordance with applicable law. I understand that, and consent to, the following appointment reminders that may be used by the Practice: a postcard mailed to me at the address provided by me; telephoning my home and leaving a message on my answering machine or with the individual answering the phone.

The Practice may use and/or disclose my PHI (which includes information about my health or condition and treatment provided to me) in order for the Practice to treat me and obtain payment for that treatment, and as necessary for the Practice to conduct its specific health care operations. I understand that I have a right to request an accounting of the disclosure of my PHI other than for treatment, payment and/or health care operations. I understand I may restrict access or disclosure of my PHI. However, the Practice is not required to agree to any restrictions that I have requested. If the Practice agrees to be requested restriction, then the restriction is binding on the Practice. I understand the Practice may share my PHI with the Connecticut Chiropractic Association in the event advocacy is needed for insurance claims or utilization disputes. I acknowledge that I have received the Privacy Statement of the New Haven Chiropractic Group.

Name of Individual (Printed)

Signature of Individual

Signature of Legal Representative
(e.g., Attorney-In-Fact, Guardian, Parent if a minor)

Relationship

Date: ____/____/____

Witness



DR. JAMES CIANCIOLO

DR. SARAH LEVIN

Tratamiento informado de Quiropráctica de Consentimiento

Mientras raro, algunos pacientes pueden experimentar la agravación corta del término de síntomas, fracturas de costilla, los esfuerzos de músculo y ligamento, y mareos a consecuencia del tratamiento. En algunos casos, golpe asociado con muchos movimientos comunes de cuello inclusive el ajuste de la espina dorsal. La asociación aparente es notada pocas veces, sin embargo, usted es advertido de esta asociación posible porque el golpe puede causar deterioro neurológico grave, y poder en el occasio raro tiene como resultado las heridas inclusive la parálisis. La posibilidad de tales heridas que resultan del adjustmant espinal, cervical y superior es raras, pero posible. Hay los casos informados raros de las heridas de disco que siguen el tratamiento cervical y lumbar espinal de ajustes. El tratamiento de la quiropráctica, inclusive ajustes espinales, ha sido el sujeto de informes de gobierno y los estudios multi-disciplinarios realizarion más de muchos años y han sido demostrado para ser el tratamiento efectivo para muchos cuello y atrás condiciones que implican el entumecimiento del dolor, los espasmos de músculo. La pérdida de movilidad, los dolores de cabeza y otros síntomas semejantes. Reconozco que he discutido, o he tenido la oportunidad de discutir, con mi quiropráctico la naturaleza y el propósito del tratamiento de la quiropráctica en general y mi tratamiento en el detalle (inclusive el ajuste espinal) así como el contenido de este consentimiento.

Consiento a los tratamientos de la quiropráctica ofreció o recomendó a mí por mi quiropráctico, inclusive el ajuste espinal. Pienso este consentimiento para aplicar a todo mi presente y el cuidado futuro de la quiropráctica.

Paciente _____ Fecha: ____/____/____

Testigo _____ Fecha: ____/____/____