



THE SOURCE CHIROPRACTIC

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Home) _____ (Cell) _____ Proveedor de Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____ Pronombre de Género: _____

¿Por crear un espacio seguro en nuestra oficina, De que otras maneras se identifica usted y que le gustaría que supiéramos específica y explícitamente?

Ocupación: _____ Nombre de Empleador: _____

____ Militar Activo/Veterano: ____SI ____ NO – Qué rama/años: _____

Embarazada? ____SI ____ NO Número de hijos: _____ Nombres y Edades: _____

¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? -- _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD

Preocupaciones de Salud: La preocupación principal primera	Nivel de Gravedad 1= Leve 10= Inaguantable	¿Cuándo comenzó este episodio?	¿Tuvo esta condición antes? ¿Cuándo?	¿Comenzó el problema con una lesión?	¿Constante? ¿Intermitente?

Desde que comenzaron estas quejas / preocupaciones, ¿están?:

____ LO MISMO ____ MEJORANDO ____ EMPEORANDO

¿Qué lo empeora? _____

¿Qué lo hace mejor? _____

¿Qué le impiden estas preocupaciones? _____

¿Ha visto a otros médicos / proveedores de salud para esta condición?

Quiropráctico _____ Doctor medico ___ Otro Si es así, ¿QUIÉN Y CUÁNDO?: _____

Enumere las CIRUGÍAS (si las hay) y las fechas: _____

Enumere todos los MEDICAMENTOS que está tomando actualmente: _____

¿Cuándo fue su último accidente automovilístico? _____

¿Alguna vez has quedado inconsciente? _____ SI _____ NO

¿Fracturado algún hueso? _____ SI _____ NO – Si es así, por favor describa: _____

Cualquier otro trauma corporal: _____

CIRCULE CUALQUIERA Y TODOS ESTOS PROBLEMAS QUE HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

MAREO	ASMA	PROBLEMAS DE RIÑÓN	FATIGA CRONICA
DOLORES DE CABEZA	ÚLCERAS	PROBLEMAS DE VEJIGA	LUPUS
VÉRTIGO	DOLORES DE PECHO	VEJIGA IRRITABLE	FIBROMIALGIA
INFECCIONES DEL OÍDO	ENTUMECIMIENTO DE BRAZO	NERVIO CIÁTICA	ADD / ADHD
ALERGIAS	DOLORES DE BRAZO	ENTUMECIMIENTO DE PIERNA	ERGE
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	ENTUMECIMIENTO DE MANO	ENTUMECIMIENTO DE PIE	ANSIEDAD
DOLOR DE CUELLO	DOLORES DE HOMBRO	DOLOR DE ESPALDA BAJA	NERVIOSISMO
MIGRAÑAS	TRASTORNOS DE CORAZÓN	DOLOR DE CADERA	EPILEPSIA
RIGIDEZ EN EL CUELLO	DOLOR DE ESPALDA MEDIO	DOLORES DE PIERNA	PROBLEMAS DE DISCO
SENO CRÓNICO	TRASTORNOS ESTOMACALES	DOLOR DE RODILLA	ESTERILIDAD
PROBLEMAS DE GARGANTA	NAUSEA o REFLUJO	ENFERMEDAD DEL HÍGADO	OTRO
PROBLEMAS DE TIROIDES	HIPERTENSIÓN	CUESTIONES MENSTRUALES	

CIRCULE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE ACTUALMENTE O EN EL PASADO:

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR - CÁNCER - ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - CIRUGÍA ESPINAL - CONVULSIONES - FRACTURA ESPINAL - ESCOLIOSIS - DIABETES

¿Está interesado en anotar su bienestar emocional mientras está bajo cuidado en The Source Chiropractic? SI NO

¿Cuáles son sus expectativas con el cuidado en The Source Chiropractic? _____

IMPRIMIR NOMBRE

FIRMA

FECHA

Nombre: _____ Fecha: _____

SALUD EMOCIONAL Y BIENESTAR

A continuación se presentan algunas declaraciones sobre sentimientos y pensamientos. Encierre en un círculo el número que mejor describa sus experiencias durante las últimas 2 semanas.

DECLARACIONES	NADA DEL TIEMPO	RARAMENTE	ALGO DE TIEMPO	A MENUDO	TODO EL TIEMPO
Me he sentido optimista sobre el futuro.	1	2	3	4	5
Me he sentido útil.	1	2	3	4	5
Me he sentido relajado/a.	1	2	3	4	5
Me he sentido interesado en otras personas	1	2	3	4	5
He tenido energía de sobra.	1	2	3	4	5
He estado lidiando bien con los problemas.	1	2	3	4	5
He estado pensando con claridad.	1	2	3	4	5
Me he estado sintiendo bien conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
Me he sentido cerca de otras personas.	1	2	3	4	5
Me he sentido seguro/a.	1	2	3	4	5
He podido decidirme sobre las cosas.	1	2	3	4	5
Me he sentido amado/a.	1	2	3	4	5
He estado interesado en cosas nuevas.	1	2	3	4	5
Me he estado sintiendo alegre.	1	2	3	4	5

Warwick-Endinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)
NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved.

Please read each item and circle the number which comes closest to how you have been feeling in the past 2 weeks. Don't take too long over your replies, your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought



THE SOURCE CHIROPRACTIC

En el Source Chiropractico, No Llamada, No Presentacion politica De Cancelacion

Aquí en el Source Chiropractico, entendemos que la vida nos arroja emergencias inesperadas. Estas cosas inesperadas no siempre están bajo nuestro control. Debido a la alta demanda de citas que tenemos, pedimos que porfavor nos notifiquen en adelante con cualquier cambio a su cita. En nuestro deber como miembro de Source Chiropractico brindarles una experiencia excelente en nuestra oficina. Con mucho respeto para nuestra oficina y los miembros de Source Chiropractico, apreciamos un avancé mínimo de 24 horas de notificación de nuestros pacientes cuando no pueden asistir a su cita. Este es un tiempo valioso que puede ser dedicado a otro paciente que necesita un cuidado inmediato.

Yo entiendo:

- Si no me presento a mi cita en 15 minutos pasado de mi horario y no eh notificado a la oficina, esto va ser considerado No Llamada, No Presentación. En este caso, me van a cobrar el 50% del costo de mi cita.
- El cuidado de mis pagos de plan no cubrirá el pago por las citas perdidas. Es por eso que soy responsable de pagar cualquier costo adicional si es aplicable.
- Textos, correos electrónicos oh llamadas son notificaciones opcionales que pueden pasar en 24 horas antes de la cita, como cortesía espero atender a mi cita.

Yo autorizó a Source Chiropractico de usar mi tarjeta en el perfil por los costos adicionales aplicables. Para reprogramar su cita, por favor de llamar al 303-993-5769. Si no está disponible y no se pudo comunicar con nosotros, por favor de dejar un mensaje detallado por el sistema de correo de voz disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. También puede cancelar vía correo electrónico al info:@sourcechirodenver.com . Gracias por su comprensión. Estamos disponibles para contestar cualquier pregunta que ustedes tengan. ¡Nosotros esperamos cuidar de usted en el Source Chiropractico!

Eh leído y entendio los términos de Source Chiropractico's No Llamada, No presentación cancelación política.

Nombre del Paciente (Letra Molde): _____

Firma del Miembro del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la oficina: _____



THE SOURCE
CHIROPRACTIC

Informe de Consentimiento del Cuidado del Quiropráctico

Cuando un paciente busca salud quiropráctica nosotros aceptamos al paciente con mucho cuidado, es esencial para los dos trabajar en el mismo objetivo. Es importante que cada paciente entienda los dos, el objetivo(s) y el método(s) que serán usados para obtener el objetivo. Esto va a prevenir cualquier confusión oh decepción. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre la condición y la recomendación prevista para que haga la decisión adecuada de continuar oh no continuar con el cuidado del quiropráctico después de ser avisado acerca de los beneficios, riesgos y alternativas.

Quiropráctica es la ciencia, filosofía y arte con la cual concierne la relación entre la estructura de la espina y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos entendemos que la salud es el estado físico optimo, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad oh dolencia.

Un disturbio del sistema nervioso se llama subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una oh más de las 24 vértebras en la espina dorsal esta desalineada/oh no se mueve apropiadamente. Esto ocasiona un mal de salud a la función del nervio y hace una interferencia en el sistema nervioso. Esto resulta en dolor y disfunción oh posiblemente podría ser asintomático.

Subluxación es corregido oh/reducido con un ajuste del quiropráctico. Un ajuste es una aplicación especifica de fuerza para corregir /oh reducir la subluxación vertebral. Nuestro método de quiropráctico de corrección son ajustes específicos para la espina dorsal. Los ajustes son hechos a mano donde el doctor pondrá la presión necesaria en segmento(s) específico de la espina para ajustar las vértebras a una mejor posición.

Si al principio oh durante el curso de cuidado encontramos no-quiropráctico oh cosas inusuales, nosotros aconsejaremos las cosas inusuales y recomendamos futuros exámenes, al igual con solicitar a un proveedor de salud.

El cuidado de quiropráctica ah sido comprobado ser seguro y efectivo. No es inusual, sin embargo, hay la posibilidad de estar adolorido después de ser ajustado. Aunque es raro pero posible sufrir de otros efectos secundarios como espasmos de músculos, rigidez, fracturas de costilla, dolores de cabeza, mareos y golpe.

Cualquier pregunta relacionada con el objetivo del doctor y mi cuidado ha sido correspondida a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas del quiropráctico han sido explicadas con satisfacción. Eh leído y entiendo las declaraciones y es por eso que acepto el cuidado y las bases del quiropráctico.

Nombre del Paciente _____ Iniciales _____ Fecha _____

Consentimiento de evaluación y ajuste para un niño menor

Yo _____ siendo padre oh un guardián legal de _____ eh leído y entiendo en consentimiento de arriba y doy mi permiso para que mi niño reciba cuidado del quiropráctico.

Liberación de Embarazo

Esto es para testificar de que no estoy embarazada y el doctor tienen mi permiso de hacer una evaluación de rayos X. Me han aconsejado que los rayos X pueden ser peligrosos para mi bebe que no ah nacido.

Fecha del último ciclo menstrual: _____

Iniciales: _____ Fecha: _____

The Source Chiropractic Denver

4346 Alcott St.

303-993-5769

NAME:

EVAL COST:

DOB:

DATE:

INITIAL EXAM

Romberg	A-P or L-M	MOTOR	Lt. Rt.	SUBLUXATION	_____
Gillet's	Lt___ Rt___	Delt: C5	/	Occ	T9
L-ROM	Flex: /90	Bicep: C6	/	C1	T10
-----	Ext: /30	Tricep: C7	/	C2	T11
-----	LF: /30(R)	W. Flx:	/	C3	T12
-----	LF: /30(L)	W. Ext:	/	C4	L1
-----	Rot: /30(R)	Inteross: T1	/	C5	L2
-----	Rot: /30(L)	Psoas: L1-L2	/	C6	L3
C-ROM		Quad: L2-L4	/	C7	L4
-----	Flex: /60	TFL: L5/S1	/	T1	L5
-----	Ext: /50	QL:	/	T2	S-Base
-----	LF: /40(R)	SENSORY		T3	S-Apex
-----	LF: /40(L)	ORTHO		T4	AS
-----	Rot: /80(R)	SLR		T5	PI
-----	Rot: /80(L)	Prone SLR		T6	Ribs
DvE	+ R or L	Valsalva		T7	Ext (1)
DvF	+ R or L	MCC/Kemps		T8	Ext (2)

Additional Exam Notes: _____

Health Hx: _____	Posture: _____
Fx Exam: _____	Gait: _____
Thermography: _____	Squat: _____
X-Ray: _____	X-Ray Findings: _____
SOURCE SCORE: _____	Specific Listings: _____
X-Ray Referral: NorCal – Other _____	
2v Cervical _____ 2v Thoracic _____ 2v Lumbar _____ Special Films: _____	