

Información de su Historia de Salud

Esta Información es confidencial. Si no creemos que su problema va a responder favorablemente, no podríamos aceptar su caso. Lo referiremos a alguien que le podrá ayudar. Para poder entender su problema de salud. Favor de completar esta forma. Gracias.

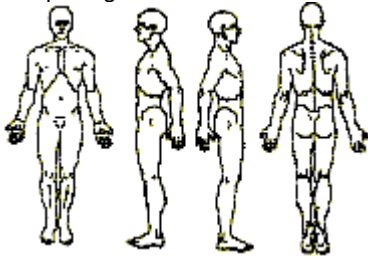
Fecha: _____ Social Security #: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección _____
Fecha de nacimiento: _____
Estado civil C S V D Niños _____
Ocupación _____ Empleado por _____
Dirección de empleo _____ Teléfono _____
Nombre del Esposo(a) _____ Ocupación _____
Empleador _____ Teléfono _____
Nombre de un familiar cercano _____ Teléfono _____

Indique dolores, Heridas, y duración

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

Comentarios y Detalles de algún accidente; _____

Indique lugar de síntomas



Otros doctores consultados por estos problemas;
Nombre _____ Fecha de Consulta _____
Diagnóstico _____ Tratamiento _____
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? _____ Frecuencia _____

Nombre _____ Fecha de Consulta _____
Diagnóstico _____ Tratamiento _____
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? _____ Frecuencia _____

Doctor de familia _____ Fecha del ultimo examen _____
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? _____ Frecuencia _____

Informacion De Seguro

Compania Primaria _____
Poliza# _____ ID# _____ Asegurado _____

Compania Secundaria _____
Poliza# _____ ID# _____ Asegurado _____

¿Que cirugías ha tenido Usted? Tipo/Fecha/Doctor/Observaciones_____

Lista de accidentes o caídas serias:(auto, trabajo, casa, tiempo libre, deportes u otro - circule uno)Qué/Cuándo/Síntomas/Tratamiento/Resultados_____

Lista de huesos rotos:Qué/Cuándo/Observaciones_____

Lista de medicaciones y/o suplementos de dieta que Usted ingiere: Que tipo/Frecuencia/Doctores/efectos secundarios perjudiciales/observaciones_____

Lista de Enfermedades (Por Ejemplo: Alta Precion, Diabetes, Ataque de Corozon, Ataque de Cerebro, Asma, Ulceras, Cancer, Artritis, Depression)_____

Lista De Actividades De Trabajo Y Casa_____

INFORME DE CONSENTIMIENTO

El tratamiento primordial usado por los medicos en quiropractica es el ajuste de la espina dorsal. Yo usare este procedimiento en su tratamiento.

LA NATURALEZA DEL AJUSTE QUIROPRACTICO

Yo usare mis manos para poder mover sus coyunturas, esto hara que se oiga un audible ruido como cuando se despata una botella "Pop" o puede oirse tambien un "Click". Es como cuando usted se estrilla los nudillos. Usted sentira un pequeno movimiento.

RIESGOS ASOCIADOS CON UN AJUSTE QUIROPRACTICO

Pueden surgir complicaciones cuando se hace un ajuste quiropractico, al igual que cuando usted recibe cualquier tratamiento de salud. Estas complicaciones incluyen: fracturas, golpes en los discos, dislocaciones y contusiones de musculos, sindrome del Horner, paralisis etc. Algunos pacientes pueden sentirse adoloridos en los primeros dias del tratamiento.

PROBABILIDADES DE QUE ALGUN RIESGO PUEDA OCURRIR

Fracturas ocurren muy raras veces, y generalmente son el resultado de algun hueso que este debilitado. Es por esto que durante nuestra examinacion le hacemos un historial al paciente y revisamos el resultado de las placas (radiografias). Los ataques han sido un tema de gran controversia dentro y fuera de la profesion, en donde se dice que dentro de un millon de casos un paciente pueda ser afectado. El riesgo es evitado en nuestras oficinas ya que nosotros al hacer nuestra examinacion identificamos si es usted susceptible a este riesgo. Cualquier otra complicacion es descrita generalmente como "Rara".

TRATAMIENTO AUXILIAR

En adicion a los ajustes quiropracticos (manipulacion) usted puede recibir tratamientos de apoyo que luego le ayudan al restablecimiento de su condicion. El riesgo de que alguna complicacion aparesca es muy leve pero hay la posibilidad de que efectos secundarios ocurran como por ejemplo: irritacion en la piel, quemaduras, dolores en el cuerpo. Algunos de los tratamientos adicionales que yo le puedo proveer son: panos calientes, ultrasonido, estimulacion electrica en los musculos, terapias, diatermias, como tambien otras modalidades que no tengan efectos secundarios.

OTRAS OPCIONES Y TRATAMIENTOS DISPONIBLES

Otra opcion y tratamiento para su condicion de salud incluye:

- Administracion de analgeticos sin recetas medicas, descanso
- Atendencia medica con recetas de drogas anti-inflamatoria, relajantes de musculos y pastillas para el dolor.
- Hospitalizacion
- Cirujias

RIESGOS INHERENTES, PROBABILIDADES DE QUE RIESGOS PUEDAN OCURRIR

-El uso indebido de medicamentos sin recetas medicas producen efectos secundarios indeseables. Si el descanso no es practicado, o el regreso al trabajo antes de lo previsto, y los quehaceres domesticos pueden agravar su condicion y extiende el periodo de recuperacion. La probabilidad de que estas complicaciones aparescan dependen generalmente de la condicion de salud que el paciente tenga, la severidad del dolor y la disciplina de no abusar del medicamento.

Pueden encontrar literatura en donde se describe los efectos que son producidos en terminos largos por el uso de medicinas sin recetas medicas.

-Las recetas, relajantes de musculos y pastillas para el dolor pueden producir efectos secundarios al paciente. El riesgo de que estos efectos secundarios ocurran dependen del estado fisico del paciente, la severidad del dolor, la tolerancia del dolor, la disciplina de no abusar del medicamento y una supervision profesional. Estos medicamentos generalmente envuelven riesgos significantes y algunos con probabilidades de riesgos mas altos.

-La hospitalizacion en conjunto con otros tratamientos pueden conllevar a riesgos y exposiciones de enfermedades transmisibles, el desorden del iatrogenico, desgracias y gastos. La probabilidad de contraer el desorden del iatrogenico es remota.

-El riesgo inherente en cirujias incluyen reacciones adversarias a la anestecia, el desorden del iatrogenico, la hospitalizacion y un extenso periodo de convalencia. La probabilidad de que estos riesgos puedan ocurrir varian de muchos factores.

RIESGOS Y PELIGROS DE PERMANECER SIN TRATAMIENTO

Quedarse sin tratamiento permite que adhesiones y formaciones aparescan y reduce la movilidad y causa dolor. Despues de este tiempo el tratamiento se complica y se hace mas dificil y menos efectivo al prolongar el periodo de tratamiento. La probabilidad de no tratarse a tiempo complicara la rehabilitacion mas tarde.

FAVOR DE NO FIRMAR ESTE DOCUMENTO HASTA QUE USTED LO HAYA REVISADO EN SU TOTALIDAD Y LO HAYA ENTENDIDO

Yo he leído, o me han leído la explicación de lo que es un ajuste quiropráctico y lo relacionado al tratamiento. He dialogado con el médico y él me ha contestado mis preguntas satisfactoriamente. Firmando este documento entiendo los riesgos que envuelve el tratamiento y yo he decidido que es mi mejor interés el aceptar el tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de algún riesgo que pudiera surgir, aquí doy mi consentimiento para el tratamiento.

_____	_____
Nombre Completo	Fecha

Firme en letra de Molde	
_____	_____
Firma del Padre o Encargado	Fecha
_____	_____
Firma del Testigo	Fecha

CONDICION DEL PACIENTE AL DAR SU CONSENTIMIENTO:

En base a mi observación personal y en conversación directa con el paciente, Yo concluyo que al paciente dar su consentimiento el paciente se encontraba:

- Orientado del lugar y horario
- Coherente y lucido
- Recibiendo medicamentos pero incapacitado
- Con capacidad para entender el lenguaje usado
- Asistido por un interprete para entender
Nombre del Interprete _____
- Asistido por algun miembro familiar
Nombre del familiar _____
Relacion _____
- Asistido por un empleado
Nombre del empleado _____

EL PACIENTE TUVO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y FUERON CONTESTADAS CON LAS SIGUIENTES RESPUESTAS: _____

Yo certifico que lo arriba expresado aprueba mi consentimiento para el tratamiento a proseguir

_____	_____
Firma del Doctor	Fecha