

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PI)

Nombre _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono Móvil: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Texto

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: Mujer Masculino N° de Seguro Social: _____

Raza: Blanco Hispano Negro / Afroamericano Indio Americano / Alaska Asiático Isleño del Pacífico Multirracial

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Cubano Desconocido o declinó divulgar

Estado Matrimonial: Casado Soltero Soltero con Pareja Viudo Separado Divorciado Fecha de la colisión: _____

Nombre del cónyuge / pareja: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Apellido: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Nombre de soltera de la madre: _____ (Para el acceso electrónico de los registros)

Accidente o lesión

Fecha del accidente/Lesion: _____

Favor describir su accidente o lesión: Que fue la causa de su lesión? _____

¿Donde se lesiono: Donde tiene el dolor? _____

¿Tratamiento previo para esta condición o lesión? : No Si ¿adónde?: _____

El dolor es por causa de: Accidente nuevo Lesión anterior Día en cual los síntomas empezaron: _____

Inicio gradual

Que ayuda para el dolor? _____

Que empeora el dolor? _____

El dolor irradiar, de viaje o disparar en cualquier lugar: No Si ¿Donde?: _____

Medicamentos / OTROS TRATAMIENTOS

Medicamento (s) / Condiciones: Ninguna Tipos de cáncer / tumores Diabetes renal / hepática Hepatitis Auto-Immun VIH Presión arterial problemas Stroke corazón trastornos meningitis Mental Convulsiones GU / GI respiratoria problemas espinales Artritis hueso tejido blando relajantes Nacimiento control muscular analgésicos anti-inflamatorio antidepressivos Los antibióticos Las hormonas tiroides Medicamentos inhalador Alergia Medicamentos de esteroides otra (s) _____

OTC Medicamentos: Ninguna aspirina Tylenol El ibuprofeno (Advil, Motrin) El naproxeno (Aleve) Cremas (Icy Hot , Ben Gay)

los medicamentos actuales: (Anote todos los medicamentos que se toman dentro de los últimos 30 días)

vitaminas / suplementos nutricionales: Ninguna Multi-vitamina Vit. A Vit. B Vit. B Vit. D Vit. E Vit. K Prenatal calcio Hierbas Remedios Naturalpathic Otro: _____

otros tratamientos para la CONDICIÓN (s) ACTUAL: Ninguna ER MD / DO / NP Quiropráctico / acupuntura Manejo del Dolor terapeuta físico Psicólogo Consejero masaje TENS unidad de medicación Tratamiento en el hogar Resto"

HISTORIAL DE SALUD ANTERIOR

Enfermedad: Paperas Sarampión Rubeola Varicela Tos ferina TB VIH Enfermedades contagiosas

Vacunaciones: Sarampión Rubeola Varicela Tos ferina Hepatitis Meningitis Neumonía Gripe

Anterior: Accidente automovilístico Lesiones de trabajo Lesiones deportivas

Historia Previa: Ninguna Embarazo Hospitalizaciones Cirugías Afecciones graves Accidentes Fracturas

Alergias: Ninguna Alimentos Picaduras de Insectos Medicamentos Polen / hierbas Ambiental de látex gato / perro caspa Químicos Otro

¿Ha tenido algún cambio en su salud? (Es decir, Nuevo diagnóstico, accidente (s), lesiones (s) cirugía, terapia, cáncer, tumores, diabetes, problemas del corazón, presión arterial, accidente cerebrovascular, convulsiones, tiroides. U otros problemas desde que eras último examen en esta oficina? **Si No**

"Otras condiciones actuales (que pueden afectar el resultado): Ninguna Obesidad mala condición física sedentario estilo de vida Discapacidad Edad Ocupación Diabetes Presión arterial alta Fumador café / té bebedor El alcohol Bebedor Soda Beber Artritis

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Hijos(as): No Si Nombres/edades: _____

Afiliación religiosa: Católica Protestante Judía Musulmanes Hindú Budista

Ejercicios: Camina/Corre Aerobic Entrenamiento/Gimnasio Pesas
 Estiramiento/Yoga Bicicleta Natación Deportes

Dieta: Dieta Regular Vegetariana Dieta Diabética Gluten libre Baja en carbohidratos Comida rápida Ninguna Algunas

Buen apetito: Si No **Salta entre sus comidas:** Si No **Duermes bien?** Si No **Cuántas horas:** _____

Bebidas: Agua Aguas frescas Café Te Soda Alcohol **Cuántas/ Con qué frecuencia:** _____

Fumar: Nadie en el hogar fuma Nunca fume Deje de fumar (hace cuanto) _____ Tratando de dejar de fumar Fumo: _____

Relaciones Intimas: No está sexualmente activa Sexualmente activa: Método de control de la natalidad: _____

Aficiones/ Actividades de ocio: _____
(Jardinería, jugar con los niños / nietos, tarjetas / juegos, caminatas, senderismo, natación, costura, softball, bailes, eventos sociales, sentado en el teatro, etc.)

Adicciones: _____
(es decir, fumar, alcohol, drogas, café, té, refrescos, azúcar, hidratos de carbono, grasa de, ejercicio, televisión, ordenador, videojuegos, juegos de azar, sexo, etc.)

Factores de estrés: Causas de estrés: _____
(Es decir, la escuela, el trabajo, Incapacidad para trabajar, problemas de dinero, cuentas, daños del coche, hijos, cónyuge, vecinos, Conducir, dolor, etc.)

¿Cómo es su condición que afecta a sus actividades: _____
(Incapaz de trabajar, incapaces de casas de campo, incapaz de correr, no puede trabajar, incapaz de jugar con los niños, incapaces de hacer las tareas domésticas. Etc)

HISTORIA FAMILIAR

Condición	Usted	Miembro de familia	Condición	Usted	Miembro de familia	Condición	Usted	Miembro de familia
Cáncer/Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades De Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón/Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GU/GI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adición(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto-Immun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: _____ Fecha: _____

SINTOMAS ADICIONALES

Desde la colisión de vehículos de motor, ha experimentado alguno de los siguientes:

A. Pérdida del rango de movimiento: sí no

a. ¿Qué partes del cuerpo: _____

B. Disturbios visuales: sí no borrosidad D / E flotadores D / E pérdida de la visión D / E hipersensibilidad D / E
% de tiempo: ____ % de tiempo: ____ % de tiempo: ____ % de tiempo: ____

Antes de ahora

C. Mareos: sí no ____ % de tiempo: ____

D. Ansiedad: sí no ____ % de tiempo: ____

E. Depresión: sí no ____ % de tiempo: ____

F. Dificultad para dormir: sí no ____ % de tiempo: ____

G. Problemas Caminando sí no % de tiempo: ____

información Ocupación

Ocupación: _____ Supervisor: _____:

Empleador: _____ Numero de supervisor: _____

Dirección de empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cuanto tiempo de empleo: _____ Horario de trabajo: _____ Perdido días de trabajo? No Sí Cuanto: _____

RESPONSABILIDAD FISCAL

Seguro de: médicos mayores / salud Comp de trabajo (resbalón y caída) responsabilidad automóvil abogado efectivo

seguro nombre de la empresa: _____ **teléfono:** _____

dirección: _____ **ciudad:** _____ **estado:** _____ **Zip:** _____

reclamación / número de póliza: _____ **nombre de abogado:** _____

por favor tenga en cuenta vamos a hacer una fotocopia de su identificación con foto, buzos licencia, tarjeta de seguro, tarjeta de abogado e informe de la policía.

Todas las tanifas son pagaderas en el momento del servicio, a menos que otro arreglo se ha adelantado. Entiendo que soy personalmente responsable por el monto total de los restantes cargos en mi cuenta. Entiendo que si este saldo pago es debido dentro de los 30 días de servicio. Después de 30 días cargos de interés (1.5% / mes o 18% anual) por saldo impago y \$5.00 cargo cada vez que se le factura de facturación. Si envía a la colección todos los honorarios de colección, honorarios de abogado, tasas judiciales y otros relacionados también será de pago. Rayos x siguen siendo propiedad de esta clínica. Gracias.

Yo, abajo firmante, herby dar permiso para tratamiento y.

(X) 12. FIRMA de pacientes autorizados persona: autorizo la publicación de cualquier intermedio u otra información necesaria para procesar esta solicitud. También solicito el pago de las prestaciones a la parte que acepta la asignación siguiente.

(X) 13. FIRMA o persona del asegurado autorizada: autorizo el pago de las prestaciones médicas el médico abajo firmante o proveedor de servicios descritos en el formulario de declaración o reclamación detallada...

(X) beneficios han sido asignados al médico preste el médico directo.

(X) la aseguradora o el abogado es autorizado y dirigido a hacer retirar y enviar por correo el cheque de liquidación de la reclamación a Joseph H. Lones III (X) por la presente autorizo al médico que me trata para designar a sus ayudantes para administrar tratamiento que así considere necesario.

X _____ Date: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

¿Ha tenido algún cambio **CONSTITUCIONAL**? Generalmente saludable Sin cambios Sin problemas
 cambios en el apetito / peso fatiga / malestar / letargo fiebre sudores nocturnos cambios en el patrón de sueño

¿Ha tenido algún problema con sus **OJOS**? Visión normal
 desgarro cambios visuales dolor en los ojos secreción ocular visión doble flotantes escotomas (puntos ciegos)

¿Ha tenido algún problema con su **ORL (OÍDOS, GARGANTA NARIZ)**? Sin problemas
 drenaje nasal drenaje del oído pérdida auditiva presión en los senos nasales dolor de garganta dificultad para tragar ronquera

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **pulmonares** (relacionados con el pulmón)? Ninguna
 Asma / dificultad para respirar EPOC Enfisema Otro _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos **cardiovasculares** (relacionados con el corazón)? Ninguna
 Cirugías cardíacas Insuficiencia cardíaca congestiva Murmullos o enfermedad valvular Ataques cardíacos / MI Enfermedad cardíaca / problemas Hipertensión Marcapasos Angina / dolor en el pecho Latido irregular del corazón Otro _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes cuestiones **neurológicas** (relacionadas con los nervios)? Ninguna
 Cambios visuales / pérdida de la visión Debilidad unilateral de la cara o del cuerpo Antecedentes de convulsiones Sensación de disminución unilateral en la cara o el cuerpo Dolores de cabeza Pérdida de memoria Temblores Vértigo Pérdida del sentido del olfato Trazos / TIAs Otro _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos **relacionados con la endocrina** (glandular / hormonal)? Ninguna
 Enfermedad de la tiroides Terapia de reemplazo hormonal Reemplazo de esteroides inyectables Diabetes Otro _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o procedimientos **renales** (relacionados con el riñón)? Ninguna
 Cálculos renales / piedras Hematuria (sangre en la orina) Incontinencia (no puede controlar) Infecciones de la vejiga Dificultad para orinar Enfermedad renal Diálisis Otro _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **gastroenterológicos** (relacionados con el estómago)? Ninguna
 Náuseas Dificultad para deglutir Enfermedad ulcerativa Dolor abdominal frecuente Hernia de hiato Estreñimiento Enfermedad del páncreas Colon irritable / colitis Hepatitis o enfermedad del hígado Sangre o heces negras alquitranadas Vómitos de sangre Incontinencia intestinal Reflujo gastroesofágico / acidez estomacal Otro _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **hematológicos** (relacionados con la sangre)? Ninguna
 Anemia Uso regular de antiinflamatorios (Motrin / Ibuprofen / Naproxen / Naprosyn / Aleve, Aspirina) VIH positivo Hemorragia / sangrado anormal Anemia de células falciformes Ganglios linfáticos agrandados Hemofilia Terapia anticoagulante Hipercoagulación o trombosis venosa profunda / historia de coágulos sanguíneos Otro _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes cuestiones **dermatológicas** (relacionadas con la piel)? Ninguna
 Quemaduras significativas Erupciones importantes Injertos de piel Trastornos psoriáticos Otro _____

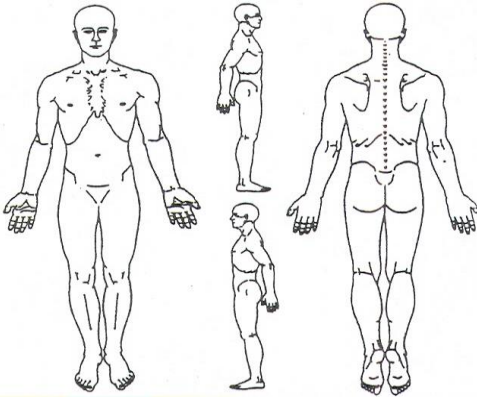
¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas **músculo-esqueléticos** (relacionados con los huesos y los músculos)? Ninguna
 Artritis reumatoidea Gota Osteoartritis Huesos rotos Fractura espinal Cirugía espinal Cirugía articular Artritis (tipo desconocido) Escoliosis Implantes de metal Otro _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes cuestiones **psicológicas**? Diagnóstico psiquiátrico Ninguno
 Depresión Ideaciones suicidas Trastorno bipolar Ideas homicidas Esquizofrenia Hospitalizaciones psiquiátricas

¿Ha tenido alguna de las siguientes cuestiones de **ALERGIAS / IMUNOLOGÍA**? Ninguna VIH
 alergias estacionales alergias alimentarias alergias ambientales síntomas de fiebre del heno picazón infecciones frecuentes
¿Hay algo más en su historia médica pasada que considere importante para su cuidado aquí? _____

Nombre: _____ Fecha: _____

SUBJECTIVE DAILY



Please shade problems areas

New Injury or symptom(s)? Yes No
Any changes in symptoms since last visit? Yes No
 Improved Unchanged Regressed
Pain Scale 0-10 (10=worse)Today is _____
Percentage time bothersome 0-100 (100 =Constant) _____

Initials: _____

W/C MVA S/F Sports Other DOI: _____

How are your symptoms changing with time?

- Getting Worse Staying the Same Slightly Better Much better Resolved

Description of Pain & Symptoms:

- Sharp Dull Diffuse Achy Burning Shooting Squeezing Cramping Numbness Tingling
 Tightness Stiffness Loss of Strength Weakness Loss of Motion Feels Asleep
 Sharp with Motion Stabbing with Motion Shooting with Motion Electric Like with Motion

Activities Affected:

- Bending Squatting Stooping Kneeling Leaning Twisting Turning Rotating Nodding Balance
 Reaching Pushing Pulling Elevating Lifting Carrying Standing Walking Climbing Crawling
 Sitting Getting Up Getting Down Lying Sleeping Riding Driving Opening Things
 Loss or Decreased Grip Strength Loss or Decreased Motion Loss or Decreased Fine Motion Fatigue Nausea

How much is the problem interfering with your **house work / home activities**?

- Not at all Little bit Moderately Quite a bit Extremely

How much is the problem interfering with you **leisure / social activities**?

- Not at all Little bit Moderately Quite a bit Extremely

How much is the problem interfering with your **work or school**?

- Not at all Little bit Moderately Quite a bit Extremely

Working: No Yes Full Time Part Time Full Duties Limited Duties

Home Treatment: Rest Heating pad Hot showers/Hot baths Cold pack Cold showers/baths
 Hot tub, Jacuzzi, Sauna Massage Stretches/Yoga Exercise
 Creams Icy Hot Ben Gay Bio-Freeze Skinner's Salve
 Aspirin Tylenol Ibuprofen (Advil) Naproxen (Aleve) Medication(s)

How often do you experience your symptoms? Constantly (76-100% of the time) Frequently (51-75% of the time)
 Occasionally (26-50% of the time) Intermittently (1-25% of the time)

Severity of Symptoms

- Minimal**– When the symptoms or signs constitute an annoyance but cause **no impairment** in the performance of a particular activity.
 Slight – When the symptoms or signs can be tolerated but would cause **some impairment** in the performance of an activity that precipitates the symptoms or signs.
 Moderate - When the symptoms and signs would cause **marked impairment** in the performance of an activity that precipitates the symptoms or signs.
 Marked – When the symptom or signs **preclude any activity** that precipitates the symptoms or signs

Name: _____ Date: _____

Circule sintomas que tenga

- Post-Traumatic Headache** G44.311
- Headache / Dolor de Cabeza** R51
- Concussion / Concusion** S06.0X9A
- Lightheaded / Borracheras de cabeza** R42
- Fainting / Desmayos** R55
- ringing in ears / Zumbido en oidos** H93.1
- Tinnitus / Zumbido** H93.1
- Visual Discomfort/** H53.149
dolor en los ojos por la luz
- Loss of smell-taste/ Perdida de olor-sabor** R438/9
- Loss of appetite/ Perdida de Apetito** F50.80
- Dizziness / Mareos** R42
- Vertigo / Vertigo** R42
- Mental Disorder/confusion mental** F06.8
- Mild cognitive impairment** G31.84
- Altered mental status/Alertada mental** 780.91
- Memory Loss / Perdida de memoria** R41.3
- Anxiety / Ansiedad** F49.1
- Depression / Deprecion** F32.9
- Nervous / Nervioso(a)** R45.0
- Malaise /Fatigue / Flojera** R53.53
- Lethargy/tiredness / Cansancio** R53.83
- Generalized muscle weakness / Debil** M62.81
- Lack of coordination/Perdida de coordinacion** R27.8
- Difficulty walking/dificultad de caminar** R26.2
- Numbness-tingling/Adormecidos** R20.1
- Chest pain / Dolor de pecho** R07.89
- Chest pain with breathing/**
Problemas de Respiracion R07.1
- Abdominal Pain/Dolores de abdominal** R10.84
- Nausea / Nausias, Bomito** R11.0
- Constipation / Constipacion** K59.00
- Fever / Fiebre** R50.9
- Sleepig problms/Problemas dormiendo** F51.8
- Swelling/Edema / Hinchazon/edema** R60.9
- Swelling in limb/Hinchazon de miembro** R60.0
- Muscle soreness/Myalgia/dolor musculo** M79.1
- Muscle Cramps/calambres de musculo** R25.2
- Muscle Spasms/Espasms de musculo** M62.0830
- Neck pain / Dolor de Cuello** M54.2
- Mid Back pain / Dolor en espalda** M54.6
- Lower Back pain / Dolor en espalda** M54.9
- Abnormal Posture** R29.3
- Joint pains / Dolor de coyuntura o empalme** R52

Swelling/Effusion of joint / Hinchazon de coyuntura o empalme

- | | Rt. | Lt. |
|---|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Shoulder R L /Hombro De Es | M25.411 | 412 |
| <input type="checkbox"/> Elbow R L / Codo De Es | M25.421 | 422 |
| <input type="checkbox"/> Wrist R L / Muneca De Es | M25.431 | 432 |
| <input type="checkbox"/> Hand R L / Mano Ds Es | M25.441 | 442 |
| <input type="checkbox"/> Hip R L / Cadera De Es | M25.452 | 452 |
| <input type="checkbox"/> Knee R L / Rodilla De Es | M25.461 | 462 |
| <input type="checkbox"/> Ankle/foot R L/Tobillo/pie | DEM25.471 | 472 |
| <input type="checkbox"/> Foot R L/ Pie Ds Es | M25.474 | 475 |

Joint Pain/ Dolor de coyuntura o empalme Rt. Lt

- | | | |
|--|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> Shoulder R L / Hombro De Es | M25.511 | 12 |
| <input type="checkbox"/> Upper arm R L /Brazo De Es | M79.602 | 601 |
| <input type="checkbox"/> Elbow R L / Codo De Es | M25.521 | 22 |
| <input type="checkbox"/> Forearm R L/Antebrazo De Es | M79.632 | 631 |
| <input type="checkbox"/> Wrist R L / Muneca De Es | M25.531 | 32 |
| <input type="checkbox"/> Hand R L / Mano Ds Es | M79.642 | 642 |
| <input type="checkbox"/> Fingers R L / Dedos Ds Es | M79.644 | 645 |
| <input type="checkbox"/> Hip R L / Cadera De Es | M25.551 | 52 |
| <input type="checkbox"/> Thigh R L / Muslo De Es | M79.651 | 652 |
| <input type="checkbox"/> Knee R L / Rodilla De Es | M25.561 | 62 |
| <input type="checkbox"/> Lower legR L/ Pierna bajaDeEs | M79.661 | 662 |
| <input type="checkbox"/> Ankle/foot R L/Tobillo/pie DE | M25.571 | 72 |
| <input type="checkbox"/> Foot R L/ Pie Ds Es | M79.671 | 671 |
| <input type="checkbox"/> Toe(s) R L/ Dedos Ds Es | M79.674 | 675 |

Stiffness/Tiesedad de coyuntura o empalme Rt. Lt.

- | | | |
|---|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> Shoulder R L /Hombro De Es | M25.611 | 612 |
| <input type="checkbox"/> Elbow R L / Codo De Es | M25.621 | 622 |
| <input type="checkbox"/> Wrist R L/ Muneca De Es | M25.631 | 632 |
| <input type="checkbox"/> Hand R L / Mano Ds Es | M25.641 | 642 |
| <input type="checkbox"/> Hip R L /Cadera De Es | M25.651 | 652 |
| <input type="checkbox"/> Knee R L / Rodilla De Es | M25.661 | 662 |
| <input type="checkbox"/> Ankle/ R L/TobilloDe Es | M25.671 | 672 |
| <input type="checkbox"/> Foot R L/ Pie Ds Es | M25.674 | 675 |

Contusion(Bruising)/Moreton

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Head | S00.93XA |
| <input type="checkbox"/> Neck | S10.93XA |
| <input type="checkbox"/> Head | S00.93XA |
| <input type="checkbox"/> Breast R L/ Pecho De Es | S20.01XA 2XA |
| <input type="checkbox"/> Back Chest wall R L | S20.221A 2A |
| <input type="checkbox"/> Front Thorax wall R L | S20.211A 2A |
| <input type="checkbox"/> Abdominal Wall/ Pared Abd | S30.1XXA |
| <input type="checkbox"/> Lower Back / o espalda | S30.0XXA |
| <input type="checkbox"/> Buttock / Nalga | S30.0XXA |
| <input type="checkbox"/> Interscapular | S20.229A |
| <input type="checkbox"/> Shoulder R L /Hombro De Es | S40.011A 2A |
| <input type="checkbox"/> Upper arm R L /Brazo De Es | S40.021A 2A |
| <input type="checkbox"/> Hip R L / Cadera De Es | S70.01XA 2XA |
| <input type="checkbox"/> Thigh R L / Muslo De Es | S70.11XA 2XA |

Name: _____

Date: _____

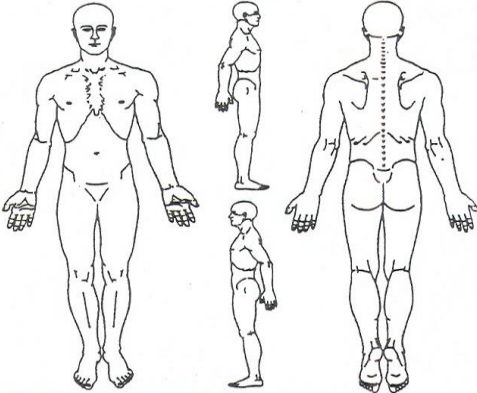
PROPOSED TREATMENT PLAN

DIAGNOSIS: 739.1 739.2 739.3 728.85 784. _____ _____ _____ _____ _____

Initial Subsequent

FREQUENCY X's DURATION: _____ X's _____ X's _____ X's _____

PHYSICAL MEDICINE:



MANIPULATION:

Occ C SH AT T L P S P RIBS Rt. Lt. UE Rt. Lt. LE

- Mild Activator Diversified Anterior Thor Side Posture Drop Pierce
 Treatment perform without incident Continue current treatment plan as prescribed.

Modify plan next visit: _____ Referral: _____

- Improved Unchanged Regressed Exacerbation Aggravated Re-Injured
 Approaching MMI

Restricted Motion: C SH T L SI Tenderness/Pain C SH T L SI

Misalignments fixations: C SH T L SI Asymmetry: C SH T L SI

Edema/Swelling: C SH T L SI Spasm/rigidity: C SH T L SI

5X 4X 3X 2X 1X Weeks Monthly PRN Released

- Office Visit (99013) (Re-exam) (99213) EMS (97014-G0283) Therapeutic Exercise (97110)
 Manipulation (Spinal) (98940-98942) Hot/Cold Packs (97010) Bio-Freeze Massage (97124)
 Manipulation (Extra-spinal) (98943) Mechanical Traction (97012) Attended EMS (97132)
 Manual Traction (97012 Flex-Distract) Diathermy (97024) NMR (97112)
 Axial Traction (Decompression) (97012) Ultrasound (97032) Therapeutic Activity (97530)
 Treatment perform without incident Continue current treatment plan as prescribed. Modify plan next visit: _____
 Referral: _____
 Improved Unchanged Regressed Exacerbation Aggravated Re-Injured Approaching MMI

Home Treatment: Rest Heating pad Hot showers/Hot baths Cold pack Cold showers/baths
 Hot tub, Jacuzzi, Sauna Massage Stretches/Yoga Exercise
 Creams Icy Hot Ben Gay Bio-Freeze Skinner's Salve
 Aspirin Tylenol Ibuprofen (Advil) Naproxen (Aleve) Medication(s) _____

Patient is advised to continue Rx & additional care recommended by other providers: MD, DO, NP/PA, PT, OT, MT, ACU, etc.

Complicating Factors (factors which may affect outcome and length or amount of treatment): Obesity Diabetes
 Smoker High Blood Pressure Arthritis Disability Sedentary Lifestyle Age Physical Condition Diet Medication
 Occupation Prior Accident/Injury Mechanism of Injury Other Medical Conditions Exacerbation Aggravated Re-Injured

Treatment Goals: Decreased Pain Decreased stiffness/tightness Increase Range of Motion Increased ADL

Measurements (any may be used): Pain Scales Patient's Descriptions Examination Findings OATS

Anticipated Outcomes: Excellent Good Fair Poor
 with full compliance. with some compliance. with minimal to some compliance. with no compliance.

Optimal Treatment Outcomes (improved with): Keeping appts Supplements Plenty of Rest Exercise Proper Diet
 Avoidance of Aggravating Factors

Recommended Re-examinations: Every 30-60 days while under active treatment. 1X year for Maintenance Patients.

Name: _____ Date: _____

Mecanismo de Accidente Automático de Lesión

Fecha de la colisión: _____ Hora del accidente: _____ AM / PM

Describe cómo ocurrió la colisión: _____

- ¿Cuál era su posición en el coche? (Círculo) Conductor / Pasajero delantero / trasero izquierdo / trasero derecho
Si "Conductor", fueron sus manos en el volante? Ambos / izquierda / derecha ¿Desplegaron los airbags? Si no
¿Golpeaste otro vehículo? Sí / No ¿Otro vehículo golpeó su vehículo? **Si No**
Ángulo de impacto: **Frente / Atrás / Izquierda / Derecha** / Otro: _____
Si Segunda Colisión - Ángulo de impacto 2: **Frente / Atrás / Izquierda / Derecha** / Otro: _____
1) En relación a la parte posterior de su cabeza, ¿su reposacabezas estaba ajustado: Bajo / Medio / Alto
2) ¿Le sorprendió el impacto? **Sí / No** Si es "NO", ¿cómo se preparó? Con Manos / Con Pies
3a) ¿Dónde estaba la cabeza mirando en el momento del impacto? **Hacia delante / Izquierda / Derecha / Detrás**
3b) ¿Estabas inclinado hacia delante en el momento del impacto? **Si No**
4) ¿En qué tipo y año de vehículo estaba? _____
4a) ¿Cuál fue la velocidad aproximada de su vehículo cuando ocurrió el accidente? _____ mph
5) ¿Qué tipo y año de vehículo le impactó? _____
5b) ¿Cuál fue la velocidad aproximada del otro vehículo cuando ocurrió el accidente? _____ mph
6) ¿Estabas usando un cinturón de seguridad? **Sí / No** ¿Qué tipo: Cinturón de regazo / cinturón de hombro / ambos
7) ¿Siente dolor inmediatamente después del accidente? **Sí / No** ¿Se le hizo inconsciente como resultado del accidente? Si no
¿Golpeaste algo en el vehículo en el momento del impacto? **Sí / No** Si es "Sí", especifique qué parte de su cuerpo golpeó lo que: (es decir, cabeza, pecho, mentón, hombro, rodilla, etc.)

<input type="checkbox"/> Volante	<input type="checkbox"/> Parabrisas
<input type="checkbox"/> Tablero de instrumentos	<input type="checkbox"/> Techo
<input type="checkbox"/> Puerta lateral izquierda	<input type="checkbox"/> Puerta lateral derecha
<input type="checkbox"/> Ventana izquierda	<input type="checkbox"/> Ventana derecha
<input type="checkbox"/> Otros	

¿Su asiento se rompió o se dobló? Si No

Inmediatamente después del accidente, ¿cómo te sentiste? (Marque todo lo que corresponda) Dizzy / Dazed / Weak / Upset
Desorientado / Nervioso / Nauseous Otro: _____

Policía y Ambulancia:

¿El accidente fue reportado a la policía? Sí / No ¿Se emitieron las citas de tráfico? **Sí / No** Si es "SI", ¿a quién? _____

¿Fuiste al hospital? **Sí / No** Si es "SI", ¿cuándo? _____ Si "SI", ¿cómo llegaste allí? Ambulancia / Coche de Policía / Transporte Privado

¿Fue admitido? **Sí / No** Si es "SI", ¿cuánto tiempo? _____

Nombre del Hospital? _____ Asistido por el Dr. _____

¿Qué tratamiento se administra? (Marque todos los que apliquen) Ninguno / Rayos X / Medicamentos para el dolor / Puntadas / Relajantes musculares / Cuello cervical / vendado Fisioterapia / Instruido con respecto a concusión / Instruido con respecto a esguinces y distensiones / Instruido para llamar a un ortopedista /

Se le instruye que llame a un médico privado / Se le remitió a esta oficina / Otro: _____

¿Qué otro médico ha visto como resultado de esta lesión? _____

Tiene dificultad en excesivo: **De pie / Caminando / Montando / Doblando / Torciendo** Usted tiene dificultad en el levantamiento excesivo: **Ligero / Moderado / Pesado / Repetitivo** Síntomas aparte de arriba: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Duties Under Duress & Loss of Enjoyment Summary

Complete the following summary as it relates to your lifestyle, living and work duties and how the injury(s) are affecting your performance. List the day to day living duties which are painful or difficult for you to perform as a result of the injuries you sustained in the motor vehicle collision. Include those duties/responsibilities which require that you reduce the time you are capable of performing them. Include all instances where you have received lifting, stretching, bending, sitting, standing, walking or other restrictions which affect your performance.

Work Reason for the difficulty

Job Description: _____

- | | | | | |
|-----------------|---|--|-----------------------------------|---|
| ↑Lifting | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Bending | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Sitting | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Walking | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Computer Duties | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Other: _____ | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |

Studies/School Reason for the difficulty

- | | | | | |
|------------------|---|--|-----------------------------------|---|
| ↑Lifting | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Bending | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Sitting | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Walking | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Computer Duties | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Studying | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Other: _____ | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |

Domestic Duties Reason for the difficulty

- | | | | | |
|----------------------|---|--|----------------------------------|---|
| ↑Vacuuming | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Taking Care of Kids | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Cleaning | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Preparing Meals | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Other: _____ | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |

Household Duties Reason for the difficulty

- | | | | | |
|-------------------|---|--|-----------------------------------|---|
| ↑Yard Work | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Transportation | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Shopping | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| ↑Taking Out Trash | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |
| Other: _____ | <input type="checkbox"/> Increased Pain | <input type="checkbox"/> Restricted movement | <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Cannot Perform |

Sports Reason for the difficulty

Name Sport: _____ Increased Pain Restricted movement Weakness Cannot Perform

Pre-accident Level of Participation: ↑ Social ↑Competitive ↑Regional Other:

Name: _____ Date: _____

Deberes bajo coacción y pérdida de placer Resumen

Complete el siguiente resumen en lo que se refiere a su estilo de vida, vida y tareas de trabajo y cómo la lesión (s) están afectando su rendimiento. Enumere los deberes de vida diarios que son dolorosos o difíciles de realizar como resultado de las lesiones que sufrió en la colisión de automóviles. Incluya los deberes / responsabilidades que requieren que usted reduzca el tiempo que usted es capaz de realizarlos. Incluya todos los casos en los que haya recibido levantamiento, estiramiento, flexión, sentado, de pie, caminando u otras restricciones que afecten su desempeño.

Trabajo Razon por la dificultad

Descripcion del Trabajo: _____

↑Levantamiento	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Doblado	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Sentado	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Para Caminar	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Deberes de la Computadora	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar

Estudios / Escuela Razon por la dificultad

↑Levantamiento	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Doblado	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Sentado	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Para Caminar	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Duberas de la Computadora	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Estudiar	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar

Tareas Domesticas Razon por la dificultad

↑Pasa la aspiradora	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Cuidando ninos	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar ↑
Limpieza	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Preparacion de Comidas	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar

Las Tareas del Hogar Razon por la dificultad

↑Trabajar en el jardin	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Transporte	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Compras	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
↑Sacar la basura	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aumento del Dolor	<input type="checkbox"/> Movimiento Restringdio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> No se Puedo Realizar

Desporte Razon por la dificultad

Nombre Desporte: _____ Aumento del Dolor Movimiento Restringdio Debilidad No se Puedo Realizar

Nivel de Participacion Pre-accidente:: ↑ Social ↑Competitivo ↑Regional Otro: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

North Lamar Chiropractic

(512) 835-1955

(512) 835-4424 (FAX)

North LamarChiropractic@gmail.com

Joseph H. Lones, III DC

10102 North Lamar Bld.

Austin, TX 78753

HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Este Aviso de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo nuestro tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud (TPO) para otros fines permitidos o requeridos por la ley. "Información Protegida de la Salud" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarle y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condición y servicios de cuidado relacionados.

Uso y revelaciones de información médica protegida:

Su información médica protegida puede ser utilizada y revelada por su médico, nuestro personal y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para apoyar las operaciones de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinda atención. Por ejemplo, su información de atención médica puede ser proporcionada a un médico al que ha sido referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticar o tratarle.

Pago: Su información de salud protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, mercadeo y actividades de recaudación de fondos, y conducción o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita.

Podemos usar o revelar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen lo requerido por la ley, asuntos de salud pública, enfermedades contagiosas, supervisión de salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias y donación de órganos. Usos requeridos y revelaciones bajo la ley, nosotros debemos revelarle cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

O OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS Y REQUERIDOS SE HARÁN ÚNICAMENTE CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN OPORTUNIDAD DE OBJETAR A MENOS QUE LO REQUIERA LA LEY.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización.

Nombre impreso _____

Fecha _____

Firma _____

North Lamar Chiropractic Center

(512) 835-1955
(512) 835-4424 (Fax)

Joseph H. Lones, III DC
10102 North Lamar Bld.
Austin, TX 78753

Documento de consentimiento informado

Al Paciente: Lea este documento completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información contenida en este documento. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no está claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico.

El tratamiento primario utilizado por los médicos de la quiropráctica es la terapia de manipulación espinal, voy a utilizar ese procedimiento para tratarlo. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera que mueva sus articulaciones. Eso puede causar un "pop" o "clic" audible, tal como usted lo ha experimentado cuando "rompe" sus nudillos. Usted puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis / Examen / Tratamiento

Como parte del análisis, examen y tratamiento, está dando su consentimiento a los siguientes procedimientos:

___ terapia manipuladora espinal ___ palpación ___ signos vitales ___ pruebas de rango de movimiento ___ pruebas ortopédicas ___ pruebas neurológicas básicas ___ pruebas de fuerza muscular ___ pruebas de análisis postural ___ ultrasonidos ___ terapia fría / caliente ___ EMS ___ estudios radiográficos ___ tracción ___ Otro (explique)

Iniciales: _____ El paciente debe inicializar aquí indicando que todos los procedimientos están dando su consentimiento, y **ESCRIBA TODOS los procedimientos NO CONSENTIENDO**

Los riesgos materiales inherentes en el ajuste quiropráctico

Como con cualquier procedimiento de atención médica, hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación de la quiropráctica y la terapia. Estas complicaciones incluyen pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, luxaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, cepas y separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones a las arterias en el cuello que conducen a o que contribuyen a complicaciones serias incluyendo golpe. Algunos pacientes se sentirán un poco de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El Doctor hará todo esfuerzo razonable durante el examen para detectar contraindicaciones para el cuidado; Sin embargo si usted tiene una condición que de otro modo no llegaría a la atención del doctor es su responsabilidad informar al doctor.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos.

Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente resultan de alguna debilidad subyacente del hueso que buscamos durante la toma de su historia y durante el examen y la radiografía. El derrame cerebral y / o la disección arterial causada por la manipulación quiropráctica del cuello ha sido objeto de investigaciones y debates médicos. La investigación más reciente sobre el tema no es concluyente en cuanto a un incidente específico de esta complicación que ocurre. Si hay una relación causal es extremadamente rara y remota. Desafortunadamente, no hay un procedimiento de detección reconocido para identificar pacientes con dolor de cuello que están en riesgo de accidente cerebrovascular arterial.

La disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento.

Otras opciones de tratamiento para su condición pueden incluir:

- Analgésicos y reposo autoadministrados sin receta médica
- Hospitalización
- Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Cirugía

Si opta por utilizar una de las opciones de "otro tratamiento" antes mencionadas, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de estas opciones y puede que desee discutirlos con su médico primario.

Los riesgos y peligros que conllevan a no ser tratados.

El resto no tratado puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad lo que puede configurar una reacción de dolor que reduce aún más la movilidad. Con el tiempo este proceso puede complicar el tratamiento haciéndolo más difícil y menos eficaz cuanto más tiempo se pospone.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO (MENOR)

Por la presente solicito y autorizo a Joseph H Lones III, DC (Centro Nacional de Quiropráctica de North Lamar) a realizar pruebas diagnósticas y hacer ajustes de quiropráctica y otros tratamientos a mi hijo menor / hija: _____ . Esta autorización también

~ Tiene a todos los demás doctores y miembros del personal de la oficina y está destinado a incluir el examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el niño menor mencionado arriba. (Si corresponde) De acuerdo con los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento del cónyuge / ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado debe ser revocada o modificada de cualquier manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE USTED LEA Y ENTIENDE LO ANTERIOR. POR FAVOR VERIFIQUE EL BLOQUE APROPIADO Y FIRME A CONTINUACIÓN

He leído o **me han leído** la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he discutido con Joseph H Lones III, DC y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. Al firmar abajo declaro que he sopesado los riesgos involucrados en el tratamiento y he decidido que es en mi mejor interés para someterse al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento a ese tratamiento.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Nombre del Doctor: Joseph H. Lones III, DC

Firma: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____

Firma (padre o tutor (si es menor de edad): _____