



CASTLE
HEALTH and WELLNESS
CHIROPRACTIC

Solicitud de nuevo paciente

Le damos la bienvenida y le agradecemos que se haya postulado como paciente a nuestra clínica. Somos una clínica única que se especializa en rehabilitación postural y de columna basada en investigaciones. Estos métodos han permitido que nuestros pacientes alcancen una salud óptima. Además de nuestros métodos de tratamiento formales, queremos que sepa que su visita a nosotros es una experiencia integral centrada en la naturaleza restauradora del cuerpo humano. Nuestro objetivo principal es que alcance el nivel de salud deseado. Adaptaremos su tratamiento a sus necesidades específicas y juntos lo lograremos.

Gracias nuevamente por postularse como paciente en nuestra clínica.

659 E. 15th St., Ste. H Upland, CA 91786 | (909) 694-4200

SOLICITUD DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial medio: ___ Apodo: _____
Dirección de residencia: _____ Edad: ___ Sexo: [] Masculino [] Femenino
Ciudad: _____ Código postal: _____ Celular: (____)____-_____
Teléfono de trabajo: (____)____-____ Dirección de correo electrónico:

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguro social:

Ocupación: _____ Estado civil: S C D V Teléfono laboral: (____)____-_____

PROPÓSITO DE LA VISITA

Motivo de la cita y cuestiones de salud asociadas:	Fecha Estado Comenzó	¿Has experimentad o esto?	¿Lesión asociada?
1. _____	_____	[] Sí [] No	[] Sí [] No
2. _____	_____	[] Sí [] No	[] Sí [] No
3. _____	_____	[] Sí [] No	[] Sí [] No

EXPERIENCIA CON QUIROPRÁCTICA TRADICIONAL

Si la respuesta es afirmativa, se debe completar toda la información en verde.

¿Ha consultado a un quiropráctico anteriormente? [] Sí [] No ¿Quién? _____
¿Cuándo? _____ Motivo de la visita: _____
¿Cómo respondió? _____
¿Su quiropráctico anterior realizó radiografías antes y después? [] Sí [] No ¿Su quiropráctico anterior le informó que la mala postura puede impactar negativamente su salud general? [] Sí [] No ¿Su quiropráctico anterior le hizo consciente de alguno de sus hábitos posturales perjudiciales? [] Sí [] No Explique: _____

¿Es consciente de los hábitos posturales perjudiciales de su esposo(a) o hijos? [] Sí [] No Explique: _____

OTROS PROVEEDORES

Médicos atendidos:

Nombre: _____ Fecha de la última visita: _____ ¿Es este su médico de cabecera? [] Sí [] No
Nombre: _____ Fecha de la última visita: _____ ¿Es este su médico de cabecera? [] Sí [] No

Cirugías previas (de todos los tipos) y fechas: _____

¿Qué otras pruebas o tratamientos ha intentado hasta la fecha para la condición actual, incluyendo la ubicación (instalación)

y las fechas de dichas pruebas y/o tratamientos? _____

Medicamentos de venta libre actuales: _____

Medicamentos de venta con receta actuales: _____

HISTORIA SOCIAL Y ESTILO DE VIDA

¿Hace ejercicio? Sí No ¿Con qué frecuencia? 1x 2x 3x 4x 5x por semana? Otro: _____

¿Qué actividades hace? Correr/trotar Entrenamiento con pesas Ciclismo Yoga Pilates Natación

Otro: _____

¿Cómo se considera? Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad Obesidad severa

¿Fuma? Sí No ¿Cuánto? _____

¿Consume alcohol? Sí No ¿Cuánto? _____ por día semana mes año

¿Consume bebidas con cafeína? Sí No ¿Cuántas tazas por día? _____

¿Qué suplementos toma (por ejemplo, vitaminas, minerales, hierbas)? _____

CONDICIONES DE SALUD

Los hábitos posturales anormales o distorsiones son consecuencia de un trauma o estrés en el cuerpo que ha desalineado ciertas regiones de las vértebras en la columna vertebral. Cuando estas vértebras se desvían de su posición normal, pueden generar estrés físico en la médula espinal y en los delicados nervios que transitan entre las vértebras. Estas desalineaciones se conocen como subluxaciones. Se ha documentado de manera extensa que las subluxaciones, al provocar estrés físico en los nervios, pueden debilitar y distorsionar la estructura general de la columna vertebral. Esto se manifiesta como una postura debilitada y distorsionada. Las distorsiones posturales pueden tener múltiples efectos graves y adversos en la salud general. La distorsión postural más común y perjudicial se denomina síndrome o postura de cabeza adelantada, caracterizada por una postura "encorvada hacia adelante" que comienza en el cuello y se desplaza progresivamente hacia abajo por la columna vertebral, debilitando así todo el cuerpo.

Marque cualquier condición de salud que pueda estar experimentando EN ESTE MOMENTO o que haya experimentado EN ALGUNA OCASIÓN.

COLUMNA CERVICAL (CUELLO)

¿Presenta problemas en la columna cervical? Sí No - En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:
Las subluxaciones cervicales impactarán los nervios del cuello, los brazos, las manos y la cabeza, afectando de manera adversa estas áreas del cuerpo.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Cuello | <input type="checkbox"/> Cefaleas | <input type="checkbox"/> Dolor en los hombros/brazos/manos | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| <input type="checkbox"/> TMJ/dolor/crepitaciones | <input type="checkbox"/> Vértigos/síncope | <input type="checkbox"/> Debilidad en la fuerza de agarre | <input type="checkbox"/> Artritis cervical |
| <input type="checkbox"/> Alergias/rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Falta de energía/cansancio | <input type="checkbox"/> Alteraciones en la visión | <input type="checkbox"/> Trastornos de la audición |
| <input type="checkbox"/> Frialdad en las manos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Resfriados/gripes frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedades tiroideas |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo en los brazos/manos | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad |

COLUMNA TORÁCICA (REGIÓN SUPERIOR DE LA ESPALDA)

¿Presenta problemas en la columna torácica? Sí No - En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:
Las subluxaciones en la región superior de la espalda impactarán los nervios del corazón y los pulmones, afectando de manera adversa estas áreas del cuerpo.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la región superior de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en el hombro | <input type="checkbox"/> Infartos/angina de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor al inhalar o exhalar profundamente |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Soplos del corazón | <input type="checkbox"/> Asma/sibilancias | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Infecciones pulmonares recurrentes/bronquitis |

COLUMNA TORÁCICA (SECCIÓN MEDIA DE LA ESPALDA)

¿Presenta problemas en la columna torácica? Sí No - En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

Las subluxaciones en la región media de la espalda impactarán los nervios de las costillas, el tórax y el tracto digestivo superior, afectando de manera negativa estas áreas del cuerpo.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la región media de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en las costillas/pecho | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Úlceras/gastritis | <input type="checkbox"/> Indigestión/acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| | <input type="checkbox"/> Cansancio/irritabilidad después de comer o cuando no ha comido por un tiempo | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | |

COLUMNA LUMBAR (ESPALDA BAJA) ¿Presenta problemas en la columna lumbar?
 Sí No - En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

Las subluxaciones en la región lumbar impactarán los nervios de las piernas y los pies, así como los órganos pélvicos, afectando de manera adversa estas áreas del cuerpo.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la zona lumbar | <input type="checkbox"/> Dolor en caderas/piernas/pies | <input type="checkbox"/> Debilidad o lesiones en caderas, rodillas o tobillos |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento o hormigueo en las piernas o pies | <input type="checkbox"/> Calambres musculares en piernas/pies | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes de la vejiga o del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Micción frecuente/dificultad | <input type="checkbox"/> Irregularidades o calambres menstruales (mujeres)_____ |
| <input type="checkbox"/> Sensación cualquier de frialdadcondición de en las piernas o pies salud | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual |

Por favor escribe los condiciones no mencionados anteriormente: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? Sí No. Si es así, por favor explique:_____

HISTORIA DE QUEJAS RELEVANTES

¿Es esta la primera vez que ha experimentado este dolor? Sí No Si es así, por favor, explique:

¿Cómo se produjo el episodio ACTUAL de dolor/malestar? _____

¿Cómo se produjo el PRIMERO episodio de dolor/malestar? _____

Gravedad del dolor: Si 10 representa el peor dolor imaginable y 0 indica ausencia de dolor, indique su nivel de dolor durante las últimas 2 semanas:

Ubicación del malestar: _____	Ubicación del malestar: _____	Ubicación del malestar: _____
En este momento: ____/10	En este momento: ____/10	En este momento: ____/10
En su momento peor: ____/10	En su momento peor: ____/10	En su momento peor: ____/10
En su momento optimo: ____/10	En su momento optimo: ____/10	En su momento optimo: ____/10
En su promedio: ____/10	En su promedio: ____/10	En su promedio: ____/10

¿Qué factores contribuyen a la DISMINUCIÓN de su dolor? (Marque todas las opciones que correspondan):

- | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Masaje/Frotamiento | <input type="checkbox"/> Descanso | <input type="checkbox"/> Dispositivos ortopédicos/vendaje | <input type="checkbox"/> Acostado |
| <input type="checkbox"/> Hielo | <input type="checkbox"/> Ejercicio/Actividad | <input type="checkbox"/> Estiramiento | <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre | |
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Sentado | <input type="checkbox"/> "Hacer sonar" las articulaciones | <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta | |
| <input type="checkbox"/> El medicamento sin receta: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

¿Qué lo empeora? (Marque todas las opciones que correspondan):

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Estornudarse | <input type="checkbox"/> Correrse | <input type="checkbox"/> Movimiento de cabeza | <input type="checkbox"/> Presionar hacia |
| <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Inclinars | <input type="checkbox"/> Conducirse | <input type="checkbox"/> Actividades sexuales | <input type="checkbox"/> Contracciones |
| <input type="checkbox"/> Caminars | <input type="checkbox"/> Recostarse | <input type="checkbox"/> Movimiento de la región lumbar | <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Empujar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Función de la vejiga: si ha experimentado algún cambio en la función de su vejiga, usted: No corresponde

- Aumento en la frecuencia urinaria Tener falta de control o incidentes. Tener un sentido de urgencia
 Dificultades en la función sexual Tiene una disminución de la sensibilidad en la zona de la ingle o las nalgas.

¿Cómo caracterizarías tu dolor?

- Leve Adolorido Rígido Intenso Pulsante Agudo Agudo con movimiento
 Apunalando Punzante Ardiente Constreñido Molesto Apretado Insoportable
 Otra: _____

Calidad del dolor: ¿Cómo describiría su dolor o malestar? (marque todas las opciones que correspondan).

- Ubicación: _____ Constante Común Esporádico Poco frecuente
Ubicación: _____ Constante Común Esporádico Poco frecuente
Ubicación: _____ Constante Común Esporádico Poco frecuente

Radiación: ¿Su dolor parece irradiarse desde el área primaria? Sí No Si es así, ¿hacia dónde se irradia el dolor?

Entumecimiento/hormigueo (alfileres y agujas): ¿Ha sentido o experimentado recientemente entumecimiento u hormigueo?

¿En algún lugar? Sí No Describe el lugar y el momento en que experimenta estos síntomas: _____

¿Su dolor/malestar AUMENTA?

- por la mañana
 por la tarde
 por la noche
 mientras duerme
 mientras está despierto
 No parece verse influenciado por la hora del día.

¿Su dolor/malestar HA MEJORADO?

- por la mañana
 por la tarde
 por la noche
 mientras duerme
 mientras está despierto
 No parece verse influenciado por la hora del día.

HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

¿Alguno de los miembros de su familia biológica ha recibido algún diagnóstico de lo siguiente:

- Cardiopatías Trastornos neurológicos Enfermedad respiratoria Osteoporosis Dolor lumbar
 Trastornos circulatorios Trastornos del sistema inmunológico Murmullo cardíaco Escoliosis Accidente cerebrovascular
 Hipertensión Enfermedades psiquiátricas Epilepsia/convulsiones Vesícula biliar Vesícula biliar
 Enfermedades renales Trastornos autoinmunes Cefaleas migrañosas Cáncer Cáncer
 Enfermedades hepáticas Trastornos gastrointestinales Cefaleas migrañosas Tiriodes Huesos fracturados/Fracturas
 Infecciones Otro: _____

Historial familiar	Edad actual	Edad al fallecer	Problemas médicos / Causa de fallecimiento
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermana(s)	_____	_____	_____
Hermano(s)	_____	_____	_____
Hijo/Hijo	_____	_____	_____
Hijo/Hijo	_____	_____	_____

SÍNDROME DE CABEZA HACIA ADELANTE

La debilidad postural más frecuente es el síndrome de cabeza adelantada, que se caracteriza por la inclinación o desplazamiento hacia adelante de la cabeza y el cuello, acompañado de un debilitamiento progresivo de los músculos y un estiramiento de la médula espinal. Incluso las manifestaciones menos severas de esta postura pueden provocar numerosos efectos adversos en la salud general. ¿Alguna vez le han comentado o ha percibido que su cabeza se proyecta hacia adelante, ha notado que sus hombros se encorvan o que se forma una "joroba" en la base del cuello? [] Sí [] No

EN CASO DE ARRIBO

Nombre: _____ Relación: _____
Ph celular: _____ Hm Teléfono: _____ Semana Tel: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OBLIGACIONES FINANCIERAS

¿Dispone de seguro? [] Sí [] No # de póliza _____ # de grupo _____
Nombre de la compañía aseguradora _____ # de teléfono _____
Dirección _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Relación _____ En caso de accidentes automovilísticos, ¿cuál es el nombre de su compañía aseguradora? _____ N.º de teléfono _____

Al firmar a continuación, confirmo que comprendo claramente que toda cobertura de seguro, ya sea de accidentes, de automóvil, laboral o general, constituye un acuerdo entre mi compañía de seguros y yo. Si esta oficina decide facturar mis servicios a mi compañía de seguros, lo hace estrictamente por conveniencia y cortesía hacia mí. Esta oficina puede proporcionar cualquier informe necesario, sujeto a tarifas de servicio razonables, para facilitar el reembolso de los servicios por parte del seguro; sin embargo, entiendo que las compañías de seguros pueden rechazar mis reclamos y que, en última instancia, soy responsable de cualquier saldo pendiente. Cualquier dinero recibido se acreditará a mi cuenta. Reconozco que puede haber ciertos servicios que mi compañía de seguros no cubra; en tal caso, estoy dispuesto a asumir el costo de estos servicios. También entiendo que habrá un cobro por todas las citas programadas a las que no asista sin haber notificado a la oficina con antelación. El seguro NO cubrirá esta tarifa por inasistencia y deberá abonarse antes de la próxima visita programada.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN

CONSENTIMIENTO RADIOGRÁFICO

Para determinar de manera más precisa la causa y el alcance de mis problemas espinales subyacentes, por la presente otorgo mi consentimiento para que Castle Health & Wellness Chiropractic y/o sus asociados y asistentes realicen radiografías de columna otras radiografías pertinentes, según se considere clínicamente necesario a través del historial y examen quiropráctico, y de acuerdo con las directrices de uso clínico publicadas por el Comité de Quiroprácticos en Ejercicio sobre Protocolos de Radiología para la Evaluación Biomecánica de la Subluxación Espinal en la Práctica Clínica Quiropráctica (2009).

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

TODAS LAS MUJERES: Asimismo, declaro por la presente, que NO estoy embarazada _____.

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN

Autorizo y acepto permitir que el médico y/o asistente trabajen en mi columna vertebral mediante ajustes espinales, ejercicios de rehabilitación, tracción y otros métodos, con el único objetivo de mejorar la postura y la función neurológica biomecánica relacionada. Reconozco que soy responsable de todos los honorarios generados por los servicios prestados y me comprometo a garantizar el pago total de todos los cargos. El médico y/o asistente no serán responsables de ninguna condición de salud o diagnóstico preexistente, realizado por otro profesional de la salud o que no esté relacionado con las condiciones estructurales de la columna vertebral diagnosticadas en esta clínica. También comprendo claramente que si no sigo las recomendaciones específicas de los médicos y/o asistentes en esta clínica, no obtendré el beneficio completo de este programa y que si interrumpo mi atención de manera prematura, todos los honorarios incurridos deberán ser pagados en ese momento. Autorizo que la cesión de todos los beneficios del seguro se dirija a Castle Health and Wellness Chiropractic, así como a sus médicos y/o asistentes asociados por todos los servicios prestados.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Entiendo que, al igual que ocurre con cualquier procedimiento de atención médica, pueden presentarse ciertas complicaciones durante un ajuste quiropráctico. Estas complicaciones incluyen, entre otras, fracturas, lesiones discales, dislocaciones, distensiones musculares, síndrome de Horner, parálisis diafragmática, mielopatía cervical y distensiones y separaciones costovertebrales. Algunos tipos de manipulaciones cervicales se han relacionado con lesiones en las arterias del cuello que pueden conducir a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. No espero que el médico pueda prever todos los riesgos de complicaciones y deseo confiar en que el médico ejerza su criterio durante el transcurso del procedimiento o los procedimientos que considere apropiados en ese momento, basándose en los hechos conocidos, que son lo mejor para mí.

Tengo la oportunidad de dialogar con el médico y/o con el personal del consultorio sobre la naturaleza, el propósito y los riesgos de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos recomendados, y mis preguntas han sido respondidas a mi plena satisfacción. Comprendo que los resultados no están garantizados. Al firmar a continuación, declaro que he evaluado los riesgos asociados con el tratamiento y he decidido que lo más adecuado para mí es someterme al tratamiento quiropráctico recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, por la presente otorgo mi consentimiento para dicho tratamiento. Mi intención es que este formulario de consentimiento abarque todo el curso del tratamiento para mi actual y para cualquier condición futura para la que busque atención.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (HIPAA)

LO SIGUIENTE AUTORIZA A CASTLE HEALTH & WELLNESS CHIROPRACTIC AND ASSOCIATES A UTILIZAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA CONFORME A LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

Autorizo a Castle Health & Wellness Chiropractic y sus asociados a utilizar mi nombre, dirección, números de teléfono, fotografía y registros clínicos para comunicarse conmigo a través de tarjetas de cumpleaños, tarjetas festivas, correos electrónicos relacionados con la salud e información sobre alternativas de tratamiento u otros temas de salud, así como para cualquier anuncio, boletín o publicaciones de pacientes de la semana/mes.

Autorizo a Castle Health & Wellness Chiropractic y a sus colaboradores para que me brinden tratamiento en un espacio compartido donde también se atiende a otros pacientes. Reconozco que es posible que otra persona en la oficina escuche parte de mi información de salud protegida durante el transcurso de mi tratamiento. Si requiero hablar con un médico o asistente en privado, se me ofrecerá una sala privada para dichas conversaciones.

Al firmar lo siguiente, usted concede a Castle Health & Wellness Chiropractic y sus asociados el permiso para utilizar y divulgar su información médica protegida conforme a las directrices mencionadas anteriormente.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

TARIFA POR CITA NO ASISTIDA

Al firmar a continuación, reconozco que si no notifico a Castle Health and Wellness Chiropractic con 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar mi cita, seré responsable de una tarifa por cita no asistida.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____