



# CORAZÓN

## Chiropractic Clinic

Auto & Work Injury Care from the Heart

### ¡BIENVENIDO A NUESTRA CLINICA!

Fecha de hoy:		Fecha Y horario del Accidente de auto:	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
Nombre Completo:			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Si es menor de edad, nombre del padre(s):	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre anterior (si aplica):
Dirección:		Número celular: (      ) Text OK? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Número de teléfono: (      )	
Correo electrónico:		Número de seguro social:	
Ocupación:		Empleador:	
Abogado:		Número de teléfono: (      )	
Doctor de cabecera:		Número de teléfono: (      )	
Aseguransa personal:		Numero ID/Poliza:	
<b>INFORMACION DEL ASEGURADO</b>			
Relación de paciente al asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Si "Mismo," favor de ir a "INFORMACION DE SEGURO")			
Nombre de asegurado:		Dirección (si diferente):	
Fecha de nacimiento:	/ /	Número de emergencia:	(      )
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre de familia/amigo local:			
Relación al paciente:		Número de teléfono de emergencia: (      )	
<b>INFORMACION DE SEGURO DE AUTO (PIP)</b>			
Compañía de seguro:			
Número de reclamo:		Dirección de seguro:	
Número de póliza:			
Nombre del ajustador:		Dirección de ajustador:	
Teléfono: (      )	Fax: (      )		
		¿Es una póliza de Oregón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿de cuál estado?:	
¿Tenía la culpa el conductor de su vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Testigos:	
PIP Max (deje blanco si no sabe):			
<b>INFORMACION DE SEGURO DE AUTO DE LA OTRA PERSONA (LIABILITY)</b>			
Nombre del otro conductor:		Número de teléfono del otro conductor: (      )	
Compañía de seguro:		Número de reclamo:	
¿Es una póliza de Oregón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿de cuál estado?:		Número de póliza:	
Nombre de ajustador:		Teléfono: (      )	Fax: (      )

### INFORMACION DEL ACCIDENTE

¿Qué hizo el resto de las 24 horas desde la accidente?

¿Dónde se sentaba en el vehículo? (conductor, copiloto, en que parte de los asientos traseros estaba sentado?) →



¿Se desmayó?  Sí  No

¿Por cuánto tiempo?

¿Estaba el reposacabezas fijo o ajustable?

¿Si ajustable, en que position estaba?

¿Rompió el asiento?  Sí  No

Usted usó:  Cinturón de hombro y regazo  Cinturón de regazo  Asiento de seguridad infantil  Ningún cinturón  Otro \_\_\_\_\_

¿Abrió la bolsa de aire en el accidente?  Sí  No

Si sí, ¿le golpeó el bolso de aire?  Sí  No Donde: \_\_\_\_\_

Al momento del impacto, la posición de su cabeza era:

Al momento del impacto, la posición de su torso era:

¿Estaba consciente de que el accidente iba a ocurrir?  Sí  No

Si sí, ¿se apoyó para impacto?  Sí  No

¿En el momento del accidente, que mano estaba en el volante?  Las dos  La derecha  La izquierda  Ninguna

¿Estaba el pie en el freno en el momento del impacto?  Sí  No

Si sí, ¿fue derribado por la fuerza del impacto?  Sí  No

¿Chocó alguna parte de su cuerpo adentro del auto?  Sí  No

Si sí, ¿qué y dónde?

¿Qué cosas llevaba durante el impacto (sombrero, lentes, etc) que fueron derribados por la fuerza?

¿Alguien llamo la ambulancia?  Sí  No

¿Fue al hospital?  Sí  No Cuál?

¿Qué exámenes hicieron?

¿Cuál fue el diagnostico?

Si le dieron medicamento, ¿que fue?

### INFORMACION GENERAL

Locación exacta del incidente:

Describe el evento en detalle:

Dibuje lo que pasó en el accidente:



Marque "V1" como:  
Su vehículo/  
Su cuerpo

Marque "V2 - ∞":  
Otros vehículos en el  
orden de los impactos

Año, marca y modelo de su vehículo:

---

Año, marca y modelo de otro(s) vehículo(s):

---

¿Que fue su velocidad en el momento del impacto?  Acelerando  Decelerando

---

Las condiciones de la calle eran (seca/mojada/hielo, etc):

---

La visibilidad estaba (clara, neblina, o limitada por algún obstáculo, etc)

---

¿Movi6 su veh6culo el accidente? <input type="checkbox"/> S6 <input type="checkbox"/> No	Si s6, 7que distancia y en que direcci6n?
--	---

---

¿Respondi6 la polic6a?  S6  No

---

¿Hicieron un reporte?  S6  No

---

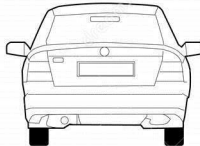
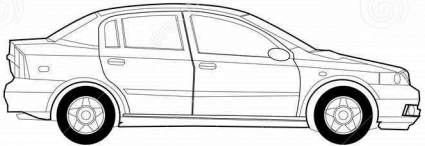
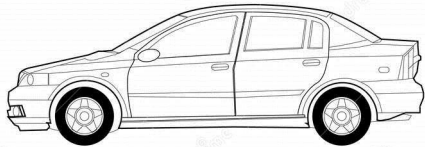
¿Le dieron una multa a alguien?  S6  No  No s6

---

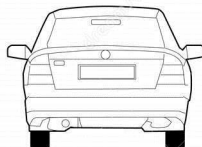
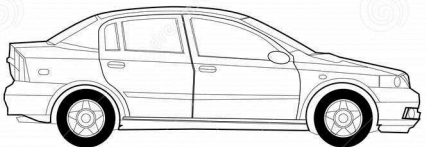
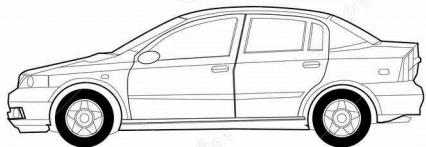
Estimado del da6o a su propiedad: \$ \_\_\_\_\_

---

Describe el da6o a su propiedad:



Da6os a su veh6culo



Da6os al otro veh6culo

**Síntomas desde el Incidente**

¿Cuándo empezó de sentir los síntomas?

¿Qué se sintió?

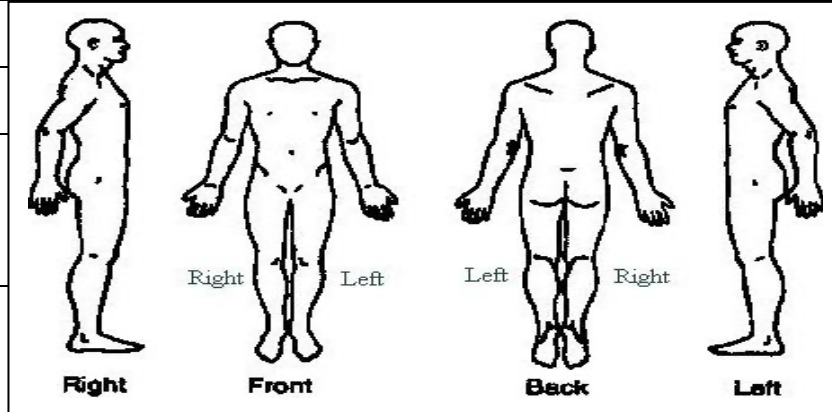
Favor de marcar cada síntoma que ha sentido desde el incidente:  Dolor  Dolor de cabeza  Entumido  Hormigueo  Débil  Cansancio

Mareo  Confusión  Dolor de pecho  Nausea  Vomito  Inflamación  Contusión/Moretón  Cortadas  Cambios de intestino/vejiga

Interrupción del sueño  Desmayo  Fiebre  Cambio de visión  Cambio de oír  Otro - Describe:

Favor de usar el diagrama para marcar sus síntomas actuales:

Símbolos = Dolor (circulo); Espasmo (S); Entumido (N);  
Quema (B); Hormigueo (t); Inflamación (e)



\* ¿Se sentía algunos síntomas en estas áreas inmediatamente ANTES de este incidente?  Sí  No Si sí, ¿Cuáles y dónde?

**Primer área de queja:**

Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?

¿Qué le hace sentir mejor?

¿Qué porcentaje de las horas despierto, se sienten los síntomas (0-100%)?

Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

¿Cuál es la intensidad de sus síntomas? (Circular Uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Segunda área de queja:**

Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?

¿Qué le hace sentir mejor?

¿Qué porcentaje de las horas despierto, se sienten los síntomas (0-100%)?

Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

¿Cuál es la intensidad de sus síntomas? (Circular Uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Tercer área de queja:**

Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?

¿Qué le hace sentir mejor?

¿Qué porcentaje de las horas despierto, se sienten los síntomas (0-100%)?

Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

¿Cuál es la intensidad de sus síntomas? (Circular Uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Cuarta área de queja:**

Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?

¿Qué le hace sentir mejor?

¿Qué porcentaje de las horas despierto, se sienten los síntomas (0-100%)?

Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

¿Cuál es la intensidad de sus síntomas? (Circular Uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



<b>Quinta área de queja:</b>	Describa los síntomas:
¿Qué le hace sentir peor?	¿Qué le hace sentir mejor?
¿Qué porcentaje de las horas despierto, se sienten los síntomas (0-100%)?	Se hace: <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Se queda igual <input type="checkbox"/> Peor
¿Cuál es la intensidad de sus síntomas? (Circular Uno)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b><u>Historial de Salud</u></b>	
Escriba enfermedades graves/crónicas que ha tenido:	
Escriba algunas hospitalizaciones/cirugías que ha tenido, con fechas por cada uno:	
Escriba cuales medicamentos toma actualmente, o que tomaba por un tiempo extendido:	
Escriba algunas lesiones de trabajo que ha tenido, con fechas y duración del tratamiento que recibió:	
Escriba algunas lesiones anteriores de accidente de auto/otro trauma físico, con fechas y duración del tratamiento que recibió:	
¿Cuántos embarazos ha tenido?	
¿Cuántos embarazos llegaron a su término?	Escriba las complicaciones que tuvo:
Escriba sus alergias:	
¿Ha visitado a un quiropráctico antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si sí, ¿a quién, cuándo y por qué?	¿Qué fue su experiencia?
¿Cuándo fue su último examen físico?	¿Qué encontraron?
Marque cada condición que tiene y cuando se diagnosticó en el espacio siguiente: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmón/Tos crónico <input type="checkbox"/> Desorden de musculo/esqueleto <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Desordenes psicológicos <input type="checkbox"/> Desordenes de la piel <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Pérdida de peso sin explicación	
Por favor, liste a todos los doctores que ha visto a causa de este accidente y los tipos de tratamiento que ha recibido:	
<b><u>Historia de Salud Familiar</u></b>	
Marque cada condición que hay en su familia, escriba quien la tiene (en relación a Usted), y cuando se diagnosticó en el espacio siguiente: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Desordenes psicólogos	

**Historia Personal/Social**

Describa brevemente sus deberes de trabajo:

¿Cómo describiría su vida de hogar?

¿Cuántos niños ha tenido y cuál años?

¿Está en una dieta especial?  Sí  No

Describa su dieta normal:

¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No

¿Esta lesión ha afectado su rutina?  Sí  No ¿Cómo?

¿Tiene pasatiempos regulares?  Sí  No

¿Esta lesión ha afectado sus pasatiempos?  Sí  No ¿Cómo?

¿Toma alcohol?  Sí  No

¿Cuánto, y con qué frecuencia?

¿Usa productos de tabaco?  Sí  No

¿Cuánto, con qué frecuencia, y por cuánto tiempo?

**Cuestionario Oswestry del Dolor de la Espalda Baja**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Score (Para Empleados): \_\_\_\_\_

<p><b>Intensidad del Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es suave.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es suave y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es moderado.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es moderado y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es grave.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es grave y no varía mucho.</p>	<p><b>Estar de Pie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Me duele un poco estar de pie, pero no aumenta con tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 1 hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 1/2 hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Evito estar de pie, porque aumenta el dolor inmediatamente.</p>
<p><b>Cuidado Personal</b></p> <p><input type="checkbox"/> No debo cambiar en cómo me baño o me visto para evitar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Normalmente no cambio en cómo me baño ni me visto aunque me cause un poco de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor, pero logro no cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor y es necesario cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no soy capaz de hacer algo de lavarse y vestirse sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no puedo bañarme ni vestirme sin ayuda.</p>	<p><b>Dormir</b></p> <p><input type="checkbox"/> No me duele estar en cama.</p> <p><input type="checkbox"/> Me duele estar en cama, pero no me impide de dormir bien.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de un cuarto.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de la mitad.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de tres cuartos.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide dormir.</p>
<p><b>Levantar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas sin más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas, pero causa más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero puedo lograr tomarlas si están posicionadas cómodamente, por ejemplo, en la mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras o de peso medio si están posicionadas cómodamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar cosas muy ligeras, a lo mucho.</p>	<p><b>La Vida Social</b></p> <p><input type="checkbox"/> La vida social es normal, y no me da dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> La vida social es normal, pero aumenta mi dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más energéticos, por ejemplo, bailar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor ha restringido mi vida social y no salgo mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor ha restringido mi vida social en mi casa.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo una vida social a causa del dolor.</p>
<p><b>Caminar</b></p> <p><input type="checkbox"/> El dolor no me impide de caminar ninguna distancia.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de una milla.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de media milla.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de un cuarto de una milla.</p> <p><input type="checkbox"/> Solo puedo caminar usando un bastón o las muletas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy en la cama la mayoría del tiempo y tengo que arrastrarme al baño.</p>	<p><b>Viajar</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor mientras viajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo un poco de dolor mientras viajo, pero ninguno de mis formas normales de viajar lo empeora.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor mientras viajo, pero no me obliga buscar formas alternativas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor mientras viajo que me obliga a buscar formas alternativas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor restringe todas las formas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor restringe todas las formas de viajar excepto los que se puede hacer acostado.</p>
<p><b>Sentarse</b></p> <p><input type="checkbox"/> Me puedo sentar en cualquier asiento todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Me puedo sentar en mi asiento favorito todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme por más de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme por más de media hora.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide de sentarme por más de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide de sentarme por nada.</p>	<p><b>Cambiando el Nivel de Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se mejora rápido.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor fluctúa, pero en general definitivamente se mejora.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor parece mejorarse, pero se mejora muy lento.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor no se mejora ni se empeora.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se empeora gradualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se empeora rápido.</p>

Minimal/ Moderate/ Severe/ Crippled/ 80-100%

**Cuestionario Índice de Discapacidad del Cuello**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Score (Para Empleados): \_\_\_\_\_

<p><b>Intensidad del Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es muy templado al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es moderado al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es bastante severo al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es muy severo al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es lo peor imaginable al momento.</p>	<p><b>Dolores de Cabeza</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolores de cabeza.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza ligeramente que vienen pocas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza moderado que vienen pocas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza moderado que vienen frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza severos que vienen frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.</p>
<p><b>Cuidado Personal</b></p> <p><input type="checkbox"/> No devo cambiar en cómo me baño o me visto para evitar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Normalmente no cambio en cómo me baño ni me visto aunque me cause un poco de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor, pero logro no cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor y es necesario cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no soy capaz de hacer algo de lavarse y vestirse sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no puedo bañarme ni vestirme sin ayuda.</p>	<p><b>Trabajo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo hacer todo el trabajo que deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Solamente puedo hacer mi trabajo de siempre, pero no más.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo hacer casi todo mi trabajo de siempre, pero no más.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo como de costumbre.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo como de costumbre.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer ninguna clase de trabajo.</p>
<p><b>Levantar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas sin más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas, pero causa más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero puedo lograr tomarlas si estan posicionadas cómodamente, por ejemplo, en la mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras o de peso medio si estan posicionadas cómodamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar cosas muy ligeras, a lo mucho.</p>	<p><b>Manejando</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto sin causarme dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un poco de dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo manejar el auto lo largo que deseo por el dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Casi no puedo manejar por causa de mi dolor severo en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo manejar mi auto.</p>
<p><b>Lectura</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo sin causarme mas dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo con un poco de dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo con un dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor severo en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer para nada.</p>	<p><b>Dormir</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor no me impide dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado ligeramente (menos de 1 hora desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado ligeramente (1-2 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado bastante (3-5 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado completamente.</p>
<p><b>Concentración</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, sin dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, con un poco de dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo un grado justo de dificultad en concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucha dificultad concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo bastante dificultad concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo concentrarme</p>	<p><b>Recreo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en todas mis actividades recreativas con ningún dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algún dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en pocas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas puedo hacer algunas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer ninguna actividad recreativa.</p>

Minimal/ Moderate/ Severe/ Crippled/ 80-100%

**Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Después de una lesión de cabeza o accidente algunas personas experimentan síntomas que pueden ocasionar preocupación o molestia. Nos gustaría saber si usted tiene algún síntoma de los siguientes. Porque muchos de los síntomas ocurren normalmente, nos gustaría que se comparen con antes y el después del accidente. Para cada síntoma a continuación porfavor circule el número que más cerca representa su respuesta:

- 0 = no experimenta nada
- 1 = no mas de un problema
- 2 = un problema leve
- 3 = un problema moderado
- 4 = un problema grave

Compare con el antes y el después del accidente, usted ahora sufre ó (en las ultimas 24 horas):

	no experimenta	no mas de un problema	problema leve	problema moderato	problema grave
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4
Sensación de mareo	0	1	2	3	4
Nausea y/o vómito	0	1	2	3	4
-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sensibilidad al ruido	0	1	2	3	4
Disturbio de sueño	0	1	2	3	4
Fatiga/ se cansa mas facilmente	0	1	2	3	4
Irritabilidad	0	1	2	3	4
Sentirse deprimido/a	0	1	2	3	4
Sentirse frustrado/a	0	1	2	3	4
Falta de memoria, o mala memoria	0	1	2	3	4
Falta de concentración	0	1	2	3	4
Toma mas tiempo para pensar	0	1	2	3	4
Vision borrosa	0	1	2	3	4
Sensibilidad a la luz	0	1	2	3	4
Doble vision	0	1	2	3	4
Inquietud	0	1	2	3	4

Esta experimentando algun otro síntoma difcil? Porfavor circule en el siguiente espacio.

1) _____	0	1	2	3	4
2) _____	0	1	2	3	4

*Administration only:*

<b>RPQ-3</b> (total for first three items) (“early stage” symptoms)	
<b>RPQ-13</b> (total for next 13 items) (“late stage” symptoms)	

"Significant" difficulty with cognition was defined by two or more symptoms reported as severe or four or more symptoms reported as

## La Asignación de Beneficios

1. Yo, el abajo firmante, denominado como el “el paciente”, por este medio asigno todos mis derechos y los intereses a Corazón Chiropractic Clinic, LLC, a partir de hoy los asigno como, el “proveedor de servicios médicos,” a perseguir y obtener el pago de la compañía de seguros antes mencionado. Esta asignación deberá incluir, pero no se limita a, todos los derechos disponibles para mí de conformidad con los Estatutos de protección contra lesiones personales del estado de Oregon.
2. Yo, el paciente, de manera irrevocable asigno al proveedor médico todos mis derechos y beneficios bajo el contrato de seguro para el pago por los servicios prestados.
3. Yo, el paciente, por la presente autorizo a mi abogado de los daños corporales y / o compañía de seguros a pagar directamente al proveedor de servicios médicos a pagos pendientes en mi cuenta, o el mismo que se deducirá de cualquier acuerdo hecho en mi nombre.
4. No hay período de gracia. Incumplimiento de los Términos y Condiciones de pago de este Acuerdo, el firmante se compromete a pagar una cuota de recuperación del 30% contra el saldo pendiente en el momento de la cesión a la agencia y todos los honorarios razonables de abogados y otros gastos legales incurridos en el cobro de esta cuenta. El lugar de toda la acción será el Condado de Washington.
5. Si yo, el paciente falta más de una semana de cuidados sin notificar a la clínica sin una razón - emergencia familiar, vacaciones, etc - la clínica se verá obligado a cerrar mi caso.
6. Si yo, el paciente, no informo a la clínica que va a faltar a su visita, tres o más veces durante el tratamiento la clínica se verán obligados a cerrar mi caso. Si yo, el paciente, menos mi visita programada, voy a llamar a la clínica al final del día para reprogramar y para evitar pena. Tengo entendido que hay una multa de **\$ 50 para** perder una visita y no informar a la clínica dentro de las **24 horas** de la hora programada.
7. Yo, el paciente, por la presente reconozco que no voy a presentar una demanda o solicitar un arbitraje para el pago de facturas médicas del proveedor anterior. Entiendo que el proveedor médico anterior tiene una agencia de cobros y recaudará pago en mi nombre de la compañía de seguros.
8. En el caso de que la compañía de seguros o el proveedor designado por la compañía de seguros no acepte mis beneficios o que mis beneficios sean puestos en duda por ser inválidos. Yo ejecuto este poder de ley limitado / especial y designo y autorizo al proveedor médico y dar asesoría en el nombre del proveedor de servicios médicos de presentar una demanda de arbitraje o perseguir directamente contra la compañía en mi nombre o permitir que el proveedor de servicios médicos para enmendar la demanda o arbitraje para incluir mi nombre.
9. Además, en respuesta a cualquier solicitud razonable de la cooperación, Estoy de acuerdo a cooperar con el proveedor de servicios médicos y de su agencia de cobros en cualquier intento por el doctor y abogado para presentar tales reclamos, o para elegir la inacción, en contra de la compañía de seguros de protección de lesiones personales del paciente en nombre del paciente.

Firma del paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del paciente)

Firma del guardián (cuando aplica): X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del guardián)

Si aplica:

Nombre: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del testigo/traductor) (Firma del testigo/traductor)

## Consentimiento para Tratamiento Quiropráctico

*Favor de leer esta forma de consentimiento, y si gusta puede discutirlo con el doctor, y firmarlo al final donde se indica.*

Se requiere que los médicos que usan técnicas de terapias manuales para la columna, como ajustes, manipulaciones o movilización de articulaciones, informen a sus pacientes que puede haber algunos riesgos asociados con este tipo de tratamiento. En particular:

- a) Es raro que algunos pacientes experimenten un esguince o torcedura de músculo, ligamento o fracturas de costillas a causa de la terapia manual en la columna.
- b) Se han reportado casos de lesión a arterias vertebrales siguiendo un ajuste, manipulación o movilización del cuello. Lesiones así pueden, en una ocasión rara, causar derrame cerebral, que puede resultar en lesiones neurológicas serios y/o discapacidad física. Esta forma de complicación es algo muy raro, que ocurre como 1 vez en 2-5 millón.
- c) Se han reportado casos de lesiones de disco siguiendo una terapia manual de la columna, aunque ningún estudio científico ha demostrado que lesiones así son causado o pueden ser causado por un ajuste o técnica manipulativa y este tipo de caso es muy raro.
- d) Entiendo que recibir un ajuste o fisioterapia después de una lesión aguda, de acuerdo con o en contra de la recomendación del médico, puede resultar en un empeoramiento de mi condición a corto o largo plazo.

Los tratamientos que esta clínica provee, incluso ajustes, manipulación y/o movilización de la columna, han sido el sujeto de mucha investigación conducida sobre muchos años, han demostrado ser tratamientos apropiados y efectivos para muchas formas comunes de dolor de la columna, de los hombros/brazos/piernas/dolores de cabeza y otros síntomas similares. Los tratamientos que esta clínica provee también pueden contribuir a su bienestar en general. El riesgo de lesión o complicación de un tratamiento manual es considerablemente menor que el riesgo asociado con muchos medicamentos, otros tratamientos y procedimientos usados frecuentemente como tratamientos alternativos para la misma forma de dolor musculoesqueleto y otros síntomas asociados.

Su médico evaluará su caso y él le dará una explicación del cuidado y sugerir un plan de tratamiento, o, alternativamente, una referencia para una consulta y/o más evaluaciones si es necesario.

**Reconocimiento:** Yo reconozco que he discutido, o he tenido la oportunidad de discutir, con mi médico la descripción de tratamientos quiroprácticos en general y mi tratamiento en particular, juntos con el contenido de esta forma de consentimiento.

**Consentimiento:** Yo consiento los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados para mí, por mi médico e incluso el ajuste, la manipulación o movilización de las articulaciones de la columna (el cuello y la espalda), la pelvis y las extremidades (brazos y piernas). Quiero que este consentimiento aplique a todos mis tratamientos en esta clínica en el presente y futuro.

Firma del paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del paciente)

Firma del guardián (cuando aplica): X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del guardián)

Si aplica:

Nombre: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del testigo/traductor) (Firma del testigo/traductor)

Medical Records Request Form

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

I hereby authorize: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

To release copies of:

- All Medical Records, to include chart notes, examinations, imaging, and reports
- Medical Records to include everything EXCEPT imaging materials
- Other \_\_\_\_\_

Release medical records by mail or fax (preferred) to:

**Corazon Chiropractic Clinic, LLC**  
2251 SE Tualatin Valley Highway  
Hillsboro, OR 97123  
Ph: 503-648-4357  
Fax: 503-648-4358

Purpose or need for information: To continue medical care/ treatment.

I place no limitation on history of illness or diagnostic and therapeutic information, including any treatment for alcohol, drug abuse, psychiatric- disorders, or HIV infection.

This authorization can be revoked, but not retroactive to the release of information made in good faith.

Please contact this clinic with any questions or comments.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

