

Bien Venidos

Chart #: _____

Información de Paciente

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono: (C) _____ (M) _____ (E-Mail) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino SS#: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor de Edad

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Podemos llamar a su trabajo? Sí No ¿Podemos dejar un mensaje de voz? Sí No

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Información de Accidente

¿Su visita es causa de un accidente? Sí No ¿Qué tipo de accidente? Auto Trabajo Otro _____

Fecha de Accidente: ____/____/____ ¿Reporto el accidente? Sí No ¿A quien se reportó? _____

Nombre de Abogado: _____ Teléfono: _____

Información Financiera

¿Tiene seguro medico? Sí No Nombre de seguro: _____

¿Tiene seguro médico a través de su automóvil? Sí No Nombre de Seguro: _____

Nombre del titular de la póliza del seguro: _____ SS#: _____

Relación con el paciente (si no uno mismo): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

ID # _____ Grupo # _____ Teléfono _____

No podremos enviar la cuenta a su seguro si esta sección queda incompleta y la cuenta será enviada a usted.

POR FAVOR PROPORCIONE A ESTA OFICINA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO (S)

Consentimiento de Tratamiento y Liberar Información

Yo certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con _____ y yo autorizo, solicitar y asignar mi compañía de seguro a pagar directamente a esta práctica los beneficios del seguro que me pagarían. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean pagados por el seguro o no. Pruebas de laboratorio pueden ser presentadas directamente por el laboratorio. Por lo presente autorizo al doctor de liberar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento rendido a mí, con el fin de asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluyendo las reclamaciones electrónicas. Si obtengo un abogado, yo Instruyo a mi abogado a pagar directamente a esta clínica por los servicios prestados a mí por esta clínica, sus clínicas afiliadas y sus proveedores de atención médica, cualquier dinero recibido de mi seguro y/o una tercera compañía de seguros por los servicios proporcionados a mí. Estoy en acuerdo en no revocar esta instrucción antes que el pago en su totalidad se ha hecho. También estoy de acuerdo para hacer las mismas instrucciones a cualquier asociado o sucesor abogado que me puede representar en relación con lo mismo.

HIPAA

Me dieron la oportunidad de recibir y revisar la política de notificación de prácticas de privacidad de paciente de la oficina.

FIRMA del paciente (X) _____ Fecha _____

FIRMA de Padres/Tutor _____ Fecha _____

Nombre: _____ Chart #: _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Quién es su médico de atención primaria (médico de cabeza o práctica)? _____

Por favor asegúrese de indicar si actualmente usted está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas:

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> Agujas en el brazo | <input type="checkbox"/> Molestia de Luz en los ojos | <input type="checkbox"/> repentina | <input type="checkbox"/> Pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/mano | <input type="checkbox"/> Agujas en la pierna | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Perdida de gusto | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pierna/rodilla | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Problemas de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dificultadas para dormir | <input type="checkbox"/> Sudor Helado | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | |
| <input type="checkbox"/> Dolor que se irradia al Brazos/ manos IZ or DE | <input type="checkbox"/> Perdida de olfato | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | |
| <input type="checkbox"/> Dolor que se irradia a los Piernas/Piez IZ or DE | <input type="checkbox"/> Cambios de Appetito | <input type="checkbox"/> Dolor de Noche | <input type="checkbox"/> Cambios del intestino/vejiga | |

Por favor revise para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> El VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Nervio Pellizcado | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones para las alergias | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Poliomieltitis | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Escarlatina | |
| <input type="checkbox"/> Bulto en los senos | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Parocárdico | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Tos Ferina | |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

¿Está actualmente bajo medicamentos o atención médica? Sí No Sí es así, explique _____

Por favor escriba cualquier medicamento que usted está tomando: _____

Por favor indique cualquier cirugía y/o hospitalizaciones que ha tenido (tipo y fecha): _____

Por favor liste cualquier alergia: _____

Por favor liste cualquier suplemento que esté tomando actualmente (hierbas/vitaminas/minerales): _____

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes condiciones? (indicar el miembro de la familia incluyendo los padres, abuelos y hermanos)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____ | <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Haces ejercicios? Con frecuencia Moderadamente De vez en cuando No ejercita

Sus actividades laborales en su mayoría involucran: Estar sentado Estar de pie Trabajo Liviano Trabajo pesado

¿Cómo Duerme? Boca Arriba De lado Boca Abajo ¿Utiliza una almohada cervical? Si No

¿Cuál es la ingesta diaria o semanal de los siguientes?

Cafeína _____ tazas/día Alcohol _____ bebidas a la semana Cigarrillos _____ paquetes/día

Certifico que las preguntas fueron contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

PACIENTE/PADRE GUARDIÁN INICIALES: _____

Nombre: _____ Chart # _____

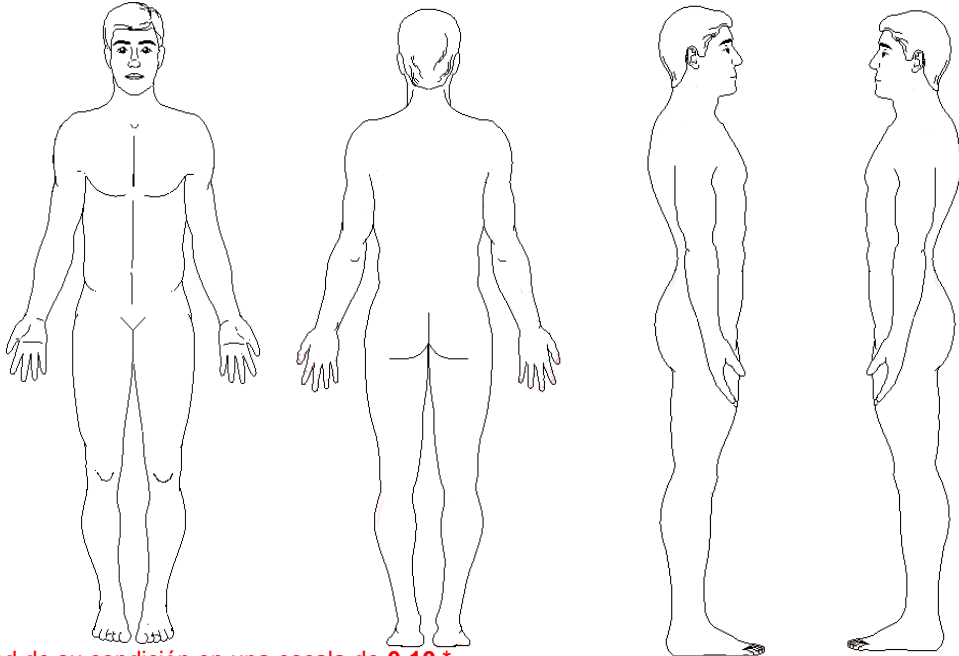
Síntomas Actuales

Motivo de Visita: _____

*** POR FAVOR USE LA LETRA (S) DE ABAJO PARA MARKAR EL DIBUJO(S) EN LA UBICACION Y TIPO DE SENSACION QUE ESTA EXPERIMENTANDO ***

KEY:

- T = Apretado
- D = No Muy Fuerte
- A = Dolor
- S = Fuerte
- N = Entumecido
- B = Caliente/Quema
- ST= Tieso
- TG= Hormigueo
- SH= Disparar
- TH= Pulsando
- O = Otro



***Por favor indique la severidad de su condición en una escala de 0-10 ***

(0 es no dolor, 10 siendo el peor dolor posible) 1. _____ actualmente 2. _____ cuando el dolor es peor

¿Cuándo noto por primera vez los síntomas? _____

¿Algo causo los dolores y síntomas? _____

¿El dolor es? Constante Intermitente (Que se va y viene)

¿Está empeorando su dolor? Sí No

¿Qué tipo de dolor es? Apretado Tieso/Fuerte Dolor Fuerte Disparar
 Pulsante Caliente/Quema Poco Adormecido Hormigueo Otro

¿Hay algo que lo empeora? _____

¿Hay algo que lo mejora? _____

¿Siente que el dolor dispara? No Sí Brazo Derecho Brazo Izquierdo Pierna Derecha Pierna Izquierda

¿Experimenta dolor en un horario determinado del día? _____

¿Experimenta dolor de noche? No Sí, Sí es así, expliqué _____

¿Interfiere con su? Trabajo Dificultad para dormir Rutina Diaria Actividades Recreativas

¿Qué actividades disfruta, pero hace mal o no puede hacer por el dolor? _____

Movimiento Doloroso(s) al: Estar sentado Estar parado Caminar Agachar Al estar acostado

¿Qué ha hecho para calmar el dolor? _____

PACIENTE/PADRE GUARDIÁN INICIALES: _____

Nombre: _____ Chart # _____

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE NUEROLIGIA Y VASCULAR

Para cualquier respuesta que sea Si, notifique al médico:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Padece de dolor de cuello con dolor en los hombros, brazos o manos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 2. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en los hombros, brazos o manos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 3. ¿Las manos o brazos se le duermen regularmente?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 4. ¿Tiene sensación reducida o hinchazón en las manos o los brazos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 5. ¿Padece de pérdida de fuerza de empuñadura?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 6. ¿Padece de dolor de espalda con dolor en las nalgas, las piernas o los pies?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 7. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en espalda, nalgas, las piernas o los pies?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 8. ¿Se le duermen las piernas o pies regularmente?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 9. ¿Tiene sensación o hinchazón reducida en las piernas o pies?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 10. ¿Sufre de pies o manos frías?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 11. ¿Sufres de dolores de cabeza, mareos o perdida de la memoria?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 12. ¿Tiene dificultad para mantener el equilibrio?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 13. ¿Padece de vértigo o de visión borrosa?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 14. ¿Padece de capacidad de audición o zumbido en los oídos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 15. ¿Tiene problemas regularmente de control de la vejiga o en los intestinos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 16. ¿Tiene dificultad para dormir, levantar objetos o interactuar con otras personas desde su accidente?
Comentario: _____ | NO | SI |

PACIENTE/PADRE GUARDIÁN INICIALES: _____

Georgetown Clinics

Medical Records Release Authorization Form

Patient Name: _____ Account #: _____

D.O.B: _____ SSN: _____

Home Phone: _____ Work: _____

I hereby authorize _____
(Hospital, Urgent Care &/Or Other Doctors Office)
to release my records to Georgetown Clinics any of the following information:

OFFICE USE ONLY

___ History & Physical
___ Operation Report(s)
___ Discharge Summary
___ Complete Medical Records
___ Other, Specify _____

___ Radiology Report(s)
___ Laboratory Report(s)
___ Pathology Report(s)

I want this information released in writing, verbally, via fax, audiovisual format to:

Street Address City State Zip Code

for the purpose of _____

I understand and acknowledge that the records I have requested to be released pursuant to this authorization may contain Psychiatric, drug, alcohol abuse and/or infectious disease information, which is protected under the laws of the State of Georgia and Federal Regulation (42 CFR part 2). I hereby release _____ (Facility of Physician) from all legal liability that may arise from the release of any information from my medical record pursuant to the Authorization, including but limited to the release of psychiatric, psychological, alcohol, drug abuse or infectious disease (HIV or AIDS) information protected under state and Federal Laws. This authorization, except for action already taken, may be revoked by any time. This authorization is valid for 90 days unless otherwise specified.

Patient/Representative's Signature

Date

Relationship to Patient

Date

Witness's Signature

Date

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Fecha ____/____/____

1. ¿Cree usted que sufre de alergias? ____ Sí ____ No
2. ¿Son los síntomas durante todo el año o de temporada? Año Largo / Temporal
3. ¿Por cuánto tiempo son sus síntomas por semana? Menos de 7 días / Todos los 7 días
4. ¿A qué hora del día son los síntomas peor? Mañana / Tarde / Noche / Todo el día
5. ¿empeorar los síntomas en la primavera, otoño, o ambos? Primavera / Otoño / Ambos
6. ¿Tiene algún problema de drenaje del seno? ____ Si ____ No En caso afirmativo, ¿cuándo? AM / PM / Todo el día
7. ¿Alguna vez tiene los ojos llorosos o con picazón? Siempre / la mayoría de veces / A veces / Nunca
8. ¿Es toser o estornudar sobre una base regular? ____ Si ____ No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
9. ¿Tiene infecciones respiratorias superiores regulares? ____ Si ____ No En caso afirmativo, <3 o >3 por año
10. ¿Crees que puede ser alérgico a los animales? ____ Sí ____
11. ¿Se le ha diagnosticado asma? ____ Si ____ No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
12. ¿Tiene antecedentes familiares de asma? ____ Si ____ No
13. ¿Cuánto tiempo ha vivido en Georgia? ____ Años ____ Meses
14. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? ____ Años ____ Meses
15. ¿Tuvo alergias en su residencia o estado anterior? ____ Sí ____ No
16. ¿Te llevas una máscara cuando se corta el césped? ____ Sí ____ No
17. ¿Tiene un filtro HEPA en la aspiradora? ____ Sí ____ No
18. ¿Utiliza un inhalador? ____ Sí ____ No
19. ¿Está tomando algún medicamento para la alergia? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos incluyendo cualquier receta médica (OTC) medicamentos, así.

20. ¿Está tomando algún medicamento para la presión arterial? ____ Sí ____ No

SCHEDULE FOR TESTING ____ YES ____ NO Date/Time Scheduled _____

Dr. _____

Dr. _____

Consentimiento para el cuidado bajo la manipulación y movilización de las articulaciones

Por la presente autorizo y relevo de responsabilidad en la ejecución de manipulación/ movilización osea y otros procedimientos incluyendo varias modalidades de fisioterapia y estudios de radiografias en mi persona (o en el paciente cuyo nombre aparece imprimido en la parte inferior de esta hoja, por el cual yo soy responsable) por el/ los doctor/es mencionados arriba y/o otros doctor/es licenciados lo cual en el momento o en el futuro me atenderan mientras esten empleados o asociados como respaldo para el doctor o con el doctor cuyo nombre aparece imprimido en la parte superior de esta hoja, incluyendo aquellos trabajando en la clinica u oficina cuyo nombre aparece en la parte superior de esta hoja.

He tenido la oportunidad de comunicarme con el/ los doctor/es cuyo nombre aparecen en la parte superior de esta hoja o con otros miembros de la clinica u oficina para entender el proposito de las manipulaciones/ movilizaciones oseas y otros procedimientos. Tengo entendido que los resultados no seran garantizados.

Estoy informada y entiendo que al igual que en la practica de medicina, chiropractica, y fisioterapia hay algunos riesgo en los tratamientos lo cual incluyen pero no limitando reacciones a los medicamentos, fracturas, y torcedura. No espero que el/los doctor/es se anticipen y que expliquen todos los riesgos y/o complicaciones, y deseo confiar en que el /los doctor/es ejercen su mayor juzgamiento durante los procedimientos los cuales el /los doctor/es sugieren en el momento.

He leído, o me han leído el consentimiento mencionado arriba. También he leído la oportunidad de hacer preguntas de su contenido y firmando abajo acepto los procedimientos mencionados arriba. Espero que este formulario cubra el tiempo de mis tratamientos por la presente condición y por cualquier condición en el futuro por la cual necesitare tratamiento.

El paciente que viene al doctor le da su permiso y autorización de cuidar al paciente en acuerdo con los exámenes apropiados, diagnósticos, y análisis. Los procedimientos clínicos realizados suelen ser beneficioso y rara vez causan ningún problema. En casos raros subyacentes defectos físicos, deformidades o patologías, pueden hacer que el paciente sea susceptible de sufrir lesiones. El médico no proporcionará la asistencia específica de cuidado de salud, si son conscientes de estos problemas antes del tratamiento. Es responsabilidad del paciente darle a conocer al medico tales problemas.

DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O POR EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, SI ES NECESARIO, e.g., SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O FISICAMENTE O LEGALMENTE INCAPASITADO:

_____ Imprime el Nombre del Paciente	_____ Firma de Paciente	_____/_____/_____ Fecha de Hoy
_____ Representante	_____ Relación	_____/_____/_____ Fecha de Hoy

**ASSIGNMENT OF HEALTH PLAN BENEFITS AND RIGHTS
AS WELL AS AN
APPOINTMENT AND/OR DESIGNATION AS MY PERSONAL REPRESENTATIVE AND AN ERISA/PPACA
REPRESENTATIVE AND BENEFICIARY**

I understand and agree that (regardless of whatever health insurance or medical benefits I have), I am ultimately responsible to pay Georgetown Clinic, its affiliate clinics and its healthcare providers, as well as all employees, employers, representatives, and agents thereof, (hereinafter collectively referred to as "Healthcare Provider") the balance due on my account for any professional services rendered and for any supplies, tests, or medications provided.

I hereby authorize payment of, and assign my rights to, any health insurance or medical plan benefits directly to Healthcare Providers/clinic for any and all medical/healthcare services, supplies, tests, treatments, and/or medications that have been or will be rendered or provided; as well as designating and appointing Healthcare Provider as my beneficiary under all health insurance or medical plans which I may have benefits under.

I hereby authorize the release of any health status, conditions, symptoms or treatment information contained in your records that is needed to file and process insurance or medical plan claims, to pursue appeals on any denied or partially paid claims, for legal pursuit as to any unpaid or partially paid claims, or to pursue any other remedies necessary in connection with same.

I hereby assign directly to Healthcare Providers all rights to payment, benefits, and all other legal rights under, or pursuant to, any health plan (including, but not limited to, any ERISA governed plan/insurance contract, PPACA governed plan/insurance contract) rights that I (or my child, spouse, or dependent) may have under my/our applicable health plan(s) or health insurance policy (ies). I also hereby appoint and designate that Healthcare Provider can act on my/our behalf, as my/our Personal Representative, ERISA Representative, and PPACA Representative as to any claim determination, to request any relevant claim or plan information from the applicable health plan or insurer, to file and pursue appeals and/or legal action (including in my name and on my behalf) to obtain and/or protect benefits and/or payments that are due (or have been previously paid) to either Healthcare Provider, myself, and/or my family members as a result of services rendered by Healthcare Provider, and to pursue any and all remedies to which I/we may be entitled, including the use of legal action against the health plan, the insurer, or any administrator. I hereby also declare that Healthcare Provider is my/our beneficiary regarding my/our health plan as contemplated by both ERISA and PPACA, and that Healthcare Provider can pursue any and all rights that I/we may have under state and/or federal law regarding my/our health plan.

This assignment, appointment, and designation will remain in effect unless revoked by me in writing. *It is my intent that the effective date of this document shall relate back to include all services, supplies, test, treatments, or medications that have been previously provided by Healthcare Provider.* A photocopy or scan of this document is to be considered as valid and as enforceable as the original.

Signed this _____ day of _____, 20 _____.

X _____
(Firma del Paciente)

(Imprunte Nombre del Paciente)

X _____
(Firma de Padres/Tutor)