



GILCHER CHIROPRACTIC

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Numero de Paciente: _____
Patient Number

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre del Menor: _____ Sexo: Mujer Hombre

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Dificultades con Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Celular: _____ Número de Casa: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Madre: _____ Condición Médica: _____

Nombre de Padre: _____ Condición Médica: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Actividades/Deportes en Cual Participa: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Médico Primario: _____ Numero de Telefono de Oficina: _____

¿Cómo escuchó sobre nuestra oficina? Internet Facebook Amigo(a)/Familiar: _____ Otra Oficina Medica Otro: _____

Información de Cobertura Médica (Aseguranza)

¿Quien es el Primario(a) de su Aseguranza? _____ Relación al Paciente: Yo Esposo(a) Hijo(a) Otro: _____

Fecha de Nacimiento del Primario(a) en la Polica: _____

Nombre de Compañía de Azeguranza: _____ Número de Identificación: _____

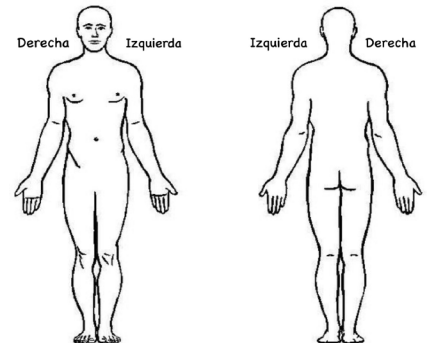
Número de Grupo: _____ ¿Es por parte de un empleo? Si No ¿Es Medicaid? Si No

Information Sobre Dolor y/o Malestar

Por favor, anote la(s) área(s) de queja(s) en orden de severidad.
Incluya cuanto tiempo tiene con el dolor o malestar y la fecha en la cual comenzó.

1. _____
2. _____
3. _____

Circule o ponga "X" en las áreas de dolor o malestar en la ilustración abajo.



Historial Medico
¿Tiene algunas las siguientes condiciones médicas?

- Asma Artritis Cáncer Diabetes Presión Alta Presión Baja Dolor en la Espalda Baja
- Dolor en la Espalda Media Dolor en el Cuello Dolor en las Piernas Dolor en los Hombros
- Dolor de Cadera Dificultades Para Dormir Dolor Abdominal Tobillos Hinchados
- Menstruación Dolorosa Menstruación Irregular Dolor en la Rodilla Dolor en la Espalda Superior
- Dolores de Cabeza Frecuentes Dolor en las Manos Articulaciones Adoloridas Articulaciones Hinchadas

¿Has visto a un Quiropráctico antes? Si No Si contestó sí, ¿en donde fue visto(a)? _____

Cuando fue visto(a) en esa oficina? _____ Causa por: Trabajo Accidente de Carro Lesión Personal Otro

Estatus de Fumador: Fumo Todos los Dias Fumo de Vez en Cuando Fume Anteriormente Nunca He Fumado

Los Centros para los servicios de Medicaid y Medicare (CMS) requieren a los proveedores de salud que reporten la raza y etnicidad de sus pacientes

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Negro o Afroamericano Blanco (Caucasico) Nativo de Hawai o Islas del Pacifico Otro Me Niego a Responder

Etnicidad: Soy Hispano o Latino No soy Hispano o Latino Me Niego a Responder

¿Ha tenido alguna cirugía, accidente automovilístico, o lesiones mayores? Si No
Si es así, por favor escriba las cirugías, accidentes automovilístico, o lesiones mayores que ha tenido.

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

3. _____ Fecha: _____

A continuación, escriba cualquier medicamento, vitaminas, minerales, o hierbas que esté tomando actualmente

1. _____ Dosis: _____

2. _____ Dosis: _____

3. _____ Dosis: _____

4. _____ Dosis: _____

5. _____ Dosis: _____

A continuación, escriba cualquier medicamento al cual usted sea alérgico

1. _____ Fecha de Comienzo: _____ Reacción: _____

2. _____ Fecha de Comienzo: _____ Reacción: _____

Peso: _____ Altura: _____' _____ Presión Arterial: _____/_____

Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____

Resumen Clinico

Elijo rechazar mi resumen clínico después de cada visita.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Términos de Aceptación de Gilcher Chiropractic

Cuando un paciente busca cuidado quiropráctico, nosotros aceptamos al paciente para tal cuidado, y es esencial que los dos estemos trabajando juntos para el mismo objetivo.

Cuidado quiropráctico tiene solo una meta. Es importante que cada paciente entienda los objetivos y el método que usará para obtenerlo. Esto va a prevenir cualquier confusión o decepción.

Ajuste: Un ajuste es una aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de subluxación vertebral. Nuestro método de corrección quiropráctica es por ajustes específicos de la espina dorsal.

Salud: Un estado físico, mental, y social óptimo. No es simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Subluxación Vertebral: Un desalineamiento de una o más de las 24 vértebras en la espina dorsal causa alteración de las funciones de los nervios e interfiere con la transmisión de los impulsos mentales, resultando en una disminución de la capacidad innata del cuerpo que para expresar su máximo potencial de salud.

Nosotros no ofrecemos diagnosticar o tratar cualquiera otras condiciones o enfermedad que no tenga que ver son la subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de su examinación quiropráctica de la espina dorsal, nos encontramos con hallazgos inusuales o no quiropráctica, nosotros le avisaremos. Si usted quisiera asesoramiento, diagnósticos, o tratamiento para los hallazgos, nosotros le recomendamos que busque los servicios con otro proveedor de cuidado médico.

No importa como se llame la enfermedad. Nosotros no ofrecemos tratarlo, ni ofrecemos asesoramiento sobre tratamientos prescritos por otros proveedores médicos. El único objetivo de nuestra práctica es eliminar la interferencia importante en la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es ajustamientos específicos para corregir la subluxación vertebral

Yo, _____ he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores.

Escriba su Nombre

Todas las preguntas sobre los objetivos de médico relacionado con mi cuidado en esta oficina han sido contestadas a mi completa satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Liberación de Embarazo (Section Solamente para Mujeres)

Yo certifico que a mi conocimiento, no estoy embarazada y el médico y sus asociados tienen mi permiso de realizar una evaluación con rayos X. Me han informado que los rayos X pueden ser peligrosos para un hijo no nacido.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Si está embarazada, ¿cuándo es su fecha de parto? _____

Seguro Médico y Autorización de Expediente

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y pedir pago de sus beneficios médicos de su aseguranza medica de mi o de la persona a quien acepte esta asignación abajo. Yo autorizo el pago de cualquier beneficios médicos directamente a Charles M. Gilcher D.C. de Gilcher Chiropractic para cualquier servicios hechos para mi. Yo estoy informado que cualquier cargo no cubierto por mi cobertura médica es mi responsabilidad. Yo he leído y entiendo completamente las declaraciones arriba.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Paciente Para el Uso y Divulgación de Información Médica Para Tratamiento, Pago, u Operaciones de Atención Médica

Yo, _____ entiendo que como mi cuidado de salud, Gilcher Chiropractic crea y
Escriba Su Nombre

mantiene registros en papel y/o electrónicos sobre mi historial de salud, síntomas, examinación y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento y cualquier planes para el future de cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud quien contribuye a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y informacion quirurgica a mi factura
- Un medio en cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados realmente fueron hechos
- Una herramienta para operaciones de cuidado de salud rutinario como evaluar la calidad y revisar la capacidad de los profesionales de la salud

Yo entiendo que una copia de los Avisos de Información de Practica que proveen una descripción más completa de usos de información y divulgaciones está disponible a pedido, en la página de internet gilcher-chiro.com, o en el encuadernador localizado en la oficina de enfrente. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho de rechazar el uso de mi información de salud para propósitos de diccionario
- El derecho de pedir restricciones en como pueda ser usada mi información o divulgar en como será hecho mi tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud

Yo entiendo y le doy permiso a Gilcher Chiropractic que use mi nombre, direccion, numero de telefono, y expediente clínico para contactarme para citas, tarjetas de cumpleaños, premios de concursos, tarjetas relacionadas con los días festivos, tarjetas postales, y informacion sobre alternativas de tratamiento o otra información relacionada con mi salud por medio de correo, fax, teléfono, o correo electrónico.

Yo entiendo y le doy permiso a Gilcher Chiropractic que publique mi foto o testimonial o nombre para promocionar el cuidado quiropráctico de cualquier modo (incluyendo la página de internet gilcher-chiro.com, Facebook, y los pizarrones de la sala de espera.

Yo entiendo que Gilcher Chiropractic no es requerido a estar de acuerdo con las restricciones que usted pida. Yo entiendo que yo puedo revocar mi consentimiento en escrito excepto a la medida que la organización ya a tomado en confianza sobre eso. Yo también entiendo que cuando niego o revoco este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como es permitido por la Sección 164.506 del código de Regulaciones Federales.

Yo además entiendo que Gilcher Chiropractic reserva el derecho de cambiar su Aviso de Información de Práctica en cualquier momento sin avisar. Si Gilcher Chiropractic cambia su Aviso de Información de Práctica , la versión actualizada estará disponible al pedido, en la página de internet gilcher-chiro.com, o en el encuadernador localizado en la oficina de enfrente.

El uso o la divulgación pedidos bajo esta autorización pueda/pueda no resultar en pago a Gilcher Chiropractic de una tercera compañía.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Description de la Autoridad de Representante Por El Paciente: _____

Consentimiento Informado Quiropráctico Para Atender

Yo solicito y doy mi consentimiento para la realización de procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de fisioterapia, rayos X para el diagnóstico, y cualquier tipo de terapias a mi al cual me ayudaran con mi (o el nombre del paciente escrito abajo, al cual yo me soy legalmente responsable de el/ella) condición por el médicos quiropráctico indicado abajo y/o otros médicos licenciados de quiropractica y apoyo de los empleados quien ahora o en el futuro me trataran mientras trabajando por, trabajando o asociado con o sirviendo como respaldo para el médicos quiropráctico nombrado abajo, incluyendo aquellas personas cuales trabajan en la clínica o oficina listada abajo o en cualquier otra oficina o clínica, sea el firmante o no.

Yo tengo o he tenido la oportunidad de hablar con el medico quiropractico nombrado abajo y/o con otro personal de la oficina o clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos.

Yo entiendo y estoy informado que, como cualquier otro tratamiento médico, los resultados no son garantizados y no hay ninguna promesa de alguna cura. Yo además entiendo y estoy informado que, como cualquier otro tratamiento médico, en la práctica quiropráctica hay algunos riesgos al tratamiento, incluyendo, pero no limitado a, espasmos musculares por periodos de tiempo cortos, agravamiento y/o aumento temporal de los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, fracturas, lesiones en los discos, accidente cerebrovascular, dislocaciones y torceduras. Yo no espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y yo deseo confiar que el médico ejerce mi juicio durante el transcurso del procedimiento en cual el médico siente al momento de atenderme, basado en los datos conocidos al momento, en sus mejores intenciones para mi.

Además entiendo que los ajustes quiroprácticos y el tratamiento apoyado es diseñado para reducir y/o para corregir las subluxaciones dejando que mi cuerpo regrese a recuperar una mejor salud. También puede aliviar ciertos síntomas por un enfoque conservativo con esperanzas de que no vaya a ver más procedimientos invasivos. Sin embargo, como cualquier otra modalidad de salud, los resultados no son garantizados y no hay una promesa para una cura. Como corresponde, yo entiendo que todo(s) el/los pago(s) por el/los tratamiento(s) son finales y no habrá reembolso(s) de dinero al cual ya ha sido pagado. Sin embargo, se reembolsará el dinero dado por adelantado por cualquier tratamiento prepago y no usado si decido cancelar el tratamiento antes.

Además entiendo que si hay opciones para tratamiento disponible para mi condición que no sea procedimientos quiroprácticos. Estas opciones de tratamiento incluye, pero no limitado a, analgesicos sin reseta y descanso, cuidado médico con medicamentos prescritos como desinflamatorios, relajantes para los músculos y medicina para el dolor; terapia física, inyecciones de esteroides, usar un aparato ortopédico, o cirugía. Yo entiendo y he sido informado que tengo el derecho de obtener una segunda opinión y asegurarse de otras opciones si tengo alguna preocupación sobre la naturaleza de mis síntomas y las opciones de tratamiento.

Yo he leído o me han leído el consentimiento arriba. Yo tambien he tenido la oportunidad de preguntar las preguntas que tenía sobre este consentimiento, y yo fimo abajo a los procedimientos listados arriba. Yo tengo la intención de que este consentimiento cubre durante todo el curso de el tratamiento para mi condición presente y para cualquier otra condición(es) al cual pudiera tener en el futuro y quisiera buscar tratamiento.

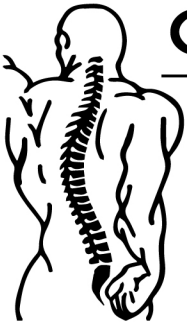
Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Nombre Escrito de el Padre/Guardián Legal y Relación al Paciente: _____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____

Fecha: _____



GILCHER CHIROPRACTIC

3030 Fort Street
Lincoln Park, MI 48146

Charles M. Gilcher, D.C.

313.928.2777
fax 313.928.2825

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN AUTHORIZATION FOR RELEASE

Fecha: _____
Date

Nombre del Paciente: _____
Patient's Name

Fecha de Nacimiento: _____
DOB:

Solicitud Para: _____
Request To:

Atencion: _____
Attention:

Solicitando: _____
Requesting:

Yo, por este medio autorizo que la entidad nombrado(a) arriba, mi médico, o compañía de aseguranza a revelar a Dr. Charles M. Gilcher cualquier y toda la información necesaria en cual ellos han adquirido por examinación u otros medios de mi condición física o mental, y yo por este medio los libero de cualquier consecuencias de esto.

I hereby authorize the requested entity above, my physician, or insurance company to disclose to Dr. Charles M. Gilcher any and all necessary information which they may have acquired by examination or other means of my physical or mental condition, and I hereby release them of any consequences thereof.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____
Parent/Legal Guardian Signature:

Fecha: _____
Date: