

HISTORIAL CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Gracias por considerar nuestra clínica para su cuidado de salud. ¿Podría decirnos cómo se enteró de nuestra clínica?

- Referido por: _____
- Artículo en el periódico Localización Páginas Amarillas Directorio de Seguro Médico
- Otro: _____

Favor de llenar completamente (con letra de molde) la información requerida a continuación. Gracias.

Apellidos _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Teléfono Residencial (_____) _____ Teléfono Celular: _____

E-Mail: _____

Núm. Licencia _____ Núm. Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil C S V D

Edad _____ Sexo: M F Núm de hijos _____

Ocupación: _____ Nombre del Patrono _____

Dirección del Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Tel. Trabajo (_____) _____ Fax Trabajo (_____) _____

En caso de Emergencia, favor de notificar a: _____ Teléfono: _____

Reconozco y convengo en que las pólizas de seguro constituyen un acuerdo entre el asegurador y yo. Entiendo además que esta clínica quiropráctica preparará los informes y llevará los formularios necesarios para ayudarme a cobrarle a la casa aseguradora y cualquier cantidad autorizada a pagarse directamente a esta clínica se acreditará a mi cuenta, a su recibo. No obstante, entiendo claramente y convengo en que todos los servicios prestados se cargarán directamente a mi cuenta y que me hago personalmente responsable del pago de los mismos. Entiendo además que si suspendo o termino el tratamiento y cuidado, cualquier cargo por servicios profesionales prestados se considerará vencido y pagadero de inmediato.

Entiendo que se me cobrará el costo de una visita por citas no canceladas con anticipación.

ACEPTACION DEL PACIENTE

Entiendo y convengo que el Dr. Víctor A. Domínguez Cay de Domínguez Chiropractic tiene el derecho de rehusar a aceptar como paciente en cualquier momento antes de que el tratamiento comience. El tomar un historial y el efectuar un examen físico no son considerados tratamiento sino parte del proceso de obtener información para que el doctor pueda determinar si puedo aceptarme como paciente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Firma del Guardián: _____

Domínguez Chiropractic
Dr. V. A. Domínguez Cay
Villa Universitaria Calle 2 A-9
Humacao, PR 00791
Tel: (787) 850-4420
Fax: (787) 850-2504

Política de Citas de la Clínica Domínguez Chiropractic

1. **Nuestro horario es estrictamente por cita previa.**
2. Se cobrará un cargo de **\$25.00 por citas no canceladas** con por lo menos 24 horas de anticipación. El paciente es responsable de dicho cargo y cualquier otro gasto envuelto en el cobro del mismo.
3. Al usted concertar su cita la misma se considerará como confirmada.
4. Agradecemos acuda puntualmente a sus citas, ya que el espacio de tiempo ha sido reservado exclusivamente para usted.
5. Llegar tarde a su cita afecta el buen funcionamiento de nuestra oficina. De usted llegar tarde y existir un espacio de tiempo, se la atenderá. De lo contrario, tendrá que esperar a que surja un espacio o sacar una nueva cita.
6. **Citas para Pacientes**
Tratamos de hacer todo lo posible por mantener nuestro compromiso de tratamientos por cita previa. A pesar de esto es posible que haya tiempo de espera durante este horario para pacientes regulares. El tiempo de espera puede variar entre 15 minutos a 1 hora, dependiendo de la cantidad de pacientes citados.

Política de Pago de la Clínica Domínguez Chiropractic

1. Todos los servicios son pagaderos en el momento que se proveen.
2. Se cobrará un cargo de \$25.00 o el máximo permitido por ley por cada cheque devuelto.
3. Cartas y certificados por orden del trabajo tienen un costo de \$10.00 en adelante. Esto depende de la información solicitada.

He leído y estoy de acuerdo con la política de citas y pago de la Clínica Domínguez Chiropractic.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente: _____ **Firma del Guardián:** _____

**Domínguez Chiropractic
Dr. V.A. Domínguez Cay
Villa Universitaria Calle 2 A-9
Humacao, PR 00791
787-850-4420**

**ACUSE DE RECIBO RESUMEN DE LA CARTA DE DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE
LEY 194 DEL 25 DE AGOSTO DE 2000**

ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Declaración:

Reconozco por este medio que recibí, leí y me he familiarizado una copia de un resumen, aprobado por el Departamento de Salud, de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000 mejor conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y las practicas de privacidad de esta clínica.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente

Fecha

Expediente #: _____

Para Uso Oficial Solamente:

Luego de realizar los esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo del resumen de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, no fue posible obtenerlo debido a:

- El paciente se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique): _____

Nombre del Empleado (en letra de molde)

Firma del Empleado

Fecha

Pacientes de Medicare Advantage /MEDICARE

EXPLICACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICARE ADVANTAGE / MEDICARE

Estimado Paciente:

De acuerdo con las regulaciones de Medicare y Medicare Advantage, el único servicio quiropráctico cubierto lo es la manipulación (ajuste) de la columna vertebral.

El programa de Medicare y Medicare Advantage no cubre por los siguientes servicios cuando son provistos por un doctor en quiropráctica:

- Examen Inicial
- Examen de Seguimiento (Re-Evaluación)
- Consultas
- Terapia Física y Rehabilitación
- **Condiciones Crónicas**
- Ajustes Quiroprácticos de las Extremidades
- Suplementos Nutricionales
- Suplementos Ortopédicos
- Electrodos Adhesivos
- Radiografías¹
- Otros

¹ Radiografías

Regulaciones de Medicare para el año 2008:

- Medicare no cubrirá (pagará) por radiografías relacionadas a un referido de un doctor en quiropráctica y ordenados por un radiólogo o cualquier otro médico que no esté tratando la condición del paciente.

El paciente será responsable por el pago de cualquier servicio que Medicare no cubra.

El deducible del programa de Medicare Advantage varía, de acuerdo a la compañía a la cual usted está suscrita.

Se requiere un pago completo al final de cada visita.

Con mucho gusto contestaremos cualquier pregunta que usted tenga.

*Yo, el paciente, entiendo completamente la información escrita arriba y he recibido una copia de esta **EXPLICACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICARE ADVANTAGE**. Autorizo a Domínguez Chiropractic a revelar a Medicare Advantage cualquier información requerida para preparar mi factura y someter a Medicare los cargos por todos los servicios prestados a mí.*

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma Del Paciente: _____ Expediente #: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

HISTORIAL CONFIDENCIAL SOBRE SU SALUD

Para poder servirle mejor, naturalmente necesitamos tener toda la información necesaria con respecto a su estado de salud. ¿Sería tan amable de ofrecernos la siguiente información? Gracias.

1. Dolencia principal _____
2. Otros problemas _____
3. ¿Qué clase de dolor(es) o síntomas tiene? Agudo Leve
 Inflamación Quemazón Latidos Entumecimiento
 Alfilerazos Otros: _____
4. ¿Se le mueve el dolor de un lado a otro? SI NO
Si es SI, ¿Dónde? Brazo(s) Mano(s) Pierna(s) Pie(s)
 Cuello Cabeza Espalda Baja Otro: _____
5. ¿Cuándo comenzó el problema? _____
6. ¿Qué causó el problema? _____

7. ¿Há tenido este problema u otra condición similar en el pasado? Sí No
Si es SI, ¿Cuándo? _____
8. El dolor es: Constante Viene y va Sólo de vez en cuando
9. Esta condición está: Mejorando Empeorando Se mantiene igual
10. Esta condición está interfiriendo con su: Trabajo Sueño Rutina diaria
 Otros: _____
11. ¿Qué actividades agravan su condición? _____

12. ¿Qué medidas ha tomado en su casa para mejorar el dolor? _____

- ¿Le dio resultado? SI NO Otro: _____
13. ¿Ha visto a algún otro médico para esta condición? SI NO
Nombre del Doctor: _____
Dirección del Doctor: _____
Teléfono del Doctor: (____) _____
¿Qué hicieron por usted? _____
¿Le ayudó? SI NO

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ File No: _____

14. ¿Es su condición el resultado de un accidente automovilístico y/o lesión en el trabajo?

_____ SI _____ NO

Si es SI, ¿está reportado su caso con ACCA y/o CFSE? _____ SI _____ NO

¿Cuál es el estatus de su caso? _____

15. ¿Tiene marcapaso? _____ SI _____ NO

16. ¿Es usted alérgico a algún medicamento(s)? _____ SI _____ NO

Si es SI, indique cuál(es): _____

17. ¿Está tomando alguna medicina(s)? _____ SI _____ NO

Si es SI, favor de listar los medicamentos (*Incluya nombre, dosis, frecuencia y razón para tomarlas*)

18. ¿Ha sido operado u hospitalizado? _____ SI _____ NO

Si es SI indique cuándo y razón: _____

19. Fecha de su último examen físico: _____

20. ¿Ha tenido algún accidente de tránsito? _____ SI _____ NO

Si es SI, indique el año y describa brevemente el accidente: _____

21. ¿Ha tenido alguna lesión física o accidente? _____ SI _____ NO

Si es SI, indique el año y una breve descripción del incidente: _____

22. Comentarios del paciente: _____

¡GRACIAS!

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente: _____ **File No:** _____

DIAGRAMA DE DOLOR

INDIQUENOS DONDE LE DUELE.

Lea cuidadosamente.

Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Utilice los símbolos a continuación:

Dolor >>>>
>>>>

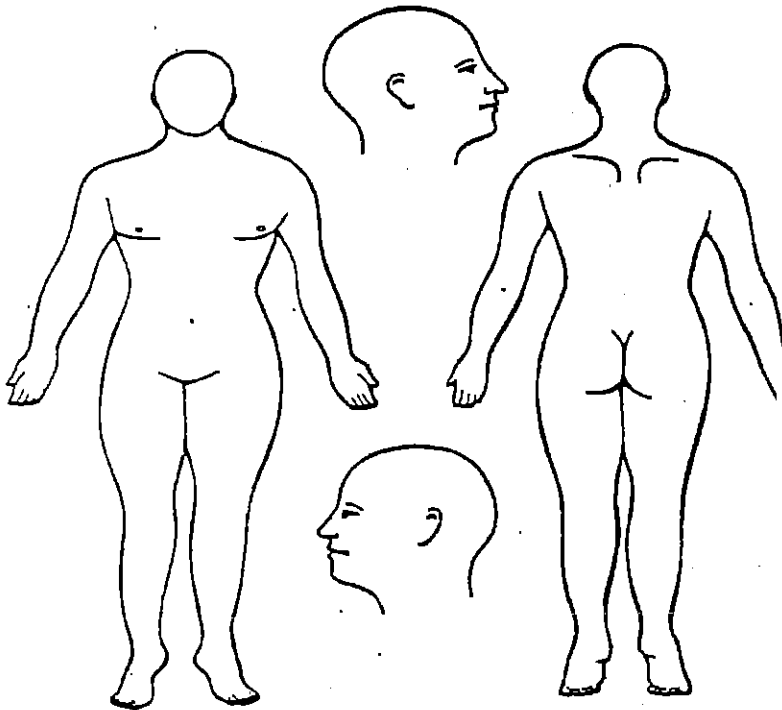
Adormecimiento =====
=====

Alfilerazos 0 0 0 0
0 0 0 0

Ardor x x x x
x x x x

Punzadas // // // //
// // // //

Latidos ~ ~ ~ ~
~ ~ ~ ~



INTENSIDAD DEL DOLOR

Escriba el nombre de la parte del cuerpo que le duele y marque el número correspondiente a la intensidad del dolor.
(0 = Ningún Dolor, 10 = El Peor Dolor Imaginable)

1- _____

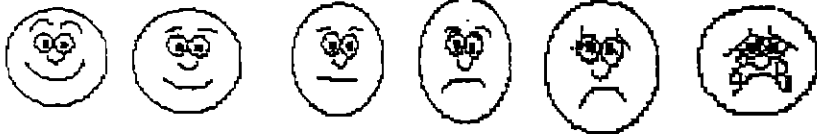
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



0 Muy contento; sin dolor
2 Siente sólo un poquito de dolor
4 Siente un poco más de dolor
6 Siente aún más dolor
8 Siente mucho dolor
10 El dolor es el peor que puede imaginarse

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

File No: _____

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CUELLO E INCAPACIDAD (VERNON-MIOR)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de cuello afecta su habilidad de llevar a cabo actividades de su vida diaria. Favor de contestar cada sección y marcar UNA contestación, la que mejor le aplique a usted. Entendemos que usted puede considerar dos respuestas en cada sección, pero favor de escoger solamente la que mejor describa su problema.

Sección 1 - Intensidad del Dolor

- No tengo dolor en este momento.
- En este momento, el dolor es muy leve.
- En este momento, el dolor es moderado.
- En este momento, el dolor es bastante severo.
- En este momento, el dolor es muy severo.
- En este momento, el dolor es el peor jamás sentido.

Sección 2 - Cuidado Personal (Bañarse, Vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin que me de dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente pero me causa dolor adicional.
- Es doloroso cuidarme normalmente y soy más lento y cuidadoso.
- Necesito un poco de ayuda, pero puedo manejar casi todo mi cuidado personal.
- Necesito ayuda diaria para la mayoría de mis cuidados personales.
- No me puedo vestir, me lavo con dificultad y tengo que estar en cama.

Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin que me produzcan dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me produce dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles (sobre una mesa, etc).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesibles.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.
- No puedo levantar o transportar nada.

Sección 4 - Lectura

- Puedo leer tanto cuanto deseo sin ningún dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo con poco dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer tanto cuanto deseo debido al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido al dolor severo en mi cuello.
- No puedo leer en lo absoluto.

Sección 5 - Dolores de Cabeza

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo dolores de cabeza leves ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza severos frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Nombre: _____

Fecha: _____

File No.: _____

Sección 6 - Concentración

- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente sin ninguna dificultad.
- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente con un poco de dificultad.
- Tengo bastante dificultad en concentrarme.
- Tengo mucha dificultad en concentrarme.
- Tengo muchísima dificultad concentrarme.
- No me puedo concentrar en lo absoluto.

Sección 7 - Trabajo

- Puedo hacer todo el trabajo que deseo.
- Puedo solamente hacer mi trabajo usual, pero nada más.
- Puedo hacer la mayoría de mi trabajo usual, pero nada más.
- No puedo hacer mi trabajo usual.
- Apenas puedo hacer algún trabajo.
- No puedo hacer ningún trabajo en lo absoluto.

Sección 8 - Manejar

- Puedo manejar mi automóvil sin que me de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un dolor moderado en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido a un dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo manejar mi automóvil debido que me da un severo dolor en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido al dolor severo en mi cuello.

Sección 9 - Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño es muy poco interrumpido (menos que 1 hora desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido levemente (1-2 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido moderadamente (2-3 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es grandemente interrumpido (3-5 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido completamente (5-7 horas desvelado(a)).

Sección 10 - Recreación

- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales sin ningún dolor en mi cuello. *
- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales con un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo hacer la mayoría, pero no todas, de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Puedo hacer algunas de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreacional en lo absoluto.

CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA E INCAPACIDAD (OSWESTRY REVISADO)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su habilidad de llevar a cabo actividades normales de su vida diaria. Por Favor, conteste cada sección y marque en cada sección UNA contestación que mejor aplique a usted. Entendemos que usted podría considerar dos respuestas en cada sección, pero favor, de escoja solamente la mejor que describa su problema.

Sección 1 - Intensidad del Dolor

- El dolor va y viene y es muy leve.
- El dolor es leve y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es moderado.
- El dolor es moderado y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es muy severo.
- El dolor es severo y no varía mucho.

Sección 2 - Cuidado Personal

- No tengo que cambiar la manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- Normalmente no cambio mi manera de bañarme o vestirme aunque cause un poco de dolor.
- El bañarme y vestirme aumenta el dolor, pero no tengo que cambiar mi manera de hacerlo.
- El bañarme y vestirme causa un aumento en el dolor y encuentro necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- Debido al dolor, necesito ayuda para bañarme y vestirme completamente.
- Debido al dolor no soy capaz de bañarme y vestirme sin algo de ayuda.

Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin producir dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me producen dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles. (Sobre una mesa, etc.).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesibles.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.

Sección 4 - Caminar

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo un poco de dolor al caminar, pero no aumenta mientras más camino.
- No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ½ milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ¼ de milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar en lo absoluto sin que aumente el dolor.

Sección 5 - Sentarse

- Puedo sentarme en cualquier silla por cuanto tiempo desee.
- Solamente puedo sentarme en mi silla favorita por cuanto tiempo desee.
- El dolor impide sentarme por más de 1 hora.
- El dolor impide sentarme por más de ½ hora.
- El dolor impide sentarme por más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque me aumenta el dolor inmediatamente.

Sección 6 - Estar de Pie

- Puedo estar de pie por cuanto tiempo desee sin sentir dolor.
- Tengo un poco de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo estar de pie por más de 1 hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de ½ hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.
- Evito estar de pie porque me aumenta el dolor inmediatamente.

Sección 7 - Dormir

- No me da dolor cuando me acuesto.
- Me da dolor cuando me acuesto, pero duermo bien.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¼.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ½.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¾.
- El dolor me impide dormir totalmente.

Sección 8 - Vida Social

- Mi vida social es normal y no me produce dolor.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no afecta significativamente mi vida social, más allá de limitar mis intereses más energéticos (bailar, etc.).
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- Apenas tengo vida social debido al dolor.

Sección 9 - Viajar

- No tengo dolor cuando viajo.
- Tengo un poco de dolor al viajar, pero ninguna de mis maneras usuales de transporte aumentan el dolor.
- El dolor aumenta cuando viajo, pero no me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor aumenta cuando viajo, y me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte, excepto si voy acostado.

Sección 10 - Cambios en Grado de Dolor

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero en general está definitivamente mejorando.
- Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta al momento.
- Mi dolor no está mejorando ni empeorando.
- Mi dolor está gradualmente empeorando.
- Mi dolor está rápidamente empeorando.

Nombre: _____

Fecha: _____ File No. _____