

## Historial de salud del paciente

Por favor, IMPRIMIR

Fecha de hoy

Firma del paciente \_\_\_\_\_

**Título del Paciente:** (cheque uno) ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. ☐ Miss ☐ Dr. ☐ Prof. ☐ Rev.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apodo** \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre medio** \_\_\_\_\_ **Sufijo** \_\_\_\_\_

**Telefono movil** \_\_\_\_\_ **Telefono del hogar** \_\_\_\_\_

**Contacto secundario** \_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_ ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐  
Other \_\_\_\_\_

**Correo electronico** \_\_\_\_\_

**Modo de contacto** (cheque uno) ☐ Telefono movil ☐ Telefono del hogar ☐ Contacto secundario ☐ correo electronico

**Nacimiento**  **Anos** \_\_\_\_\_ **Genero** (cheque uno) ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Indeterminado

**Estado civil** (cheque uno) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro **SSN** \_\_\_\_\_

**Situación laboral** (cheque one)

☐ Employed ☐ FT Student ☐ PT Student ☐ Other ☐ Retired ☐ Self Employed

**Raza** (Marque todo lo que corresponda)

☐ Black/African American ☐ Caucasian ☐ Hispanic ☐ American Indian/Alaskan Native  
☐ Asian ☐ Asian Indian ☐ Chinese ☐ Filipino  
☐ Japanese ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Native Hawaiian or other Pacific Island  
☐ Samoan ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Other \_\_\_\_\_ ☐ I choose not to specify

**Origen Etnico** (cheque uno) ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐ I choose not to specify

**Idioma preferido** (check one)

☐ English ☐ Spanish ☐ American Sign Language ☐ Other \_\_\_\_\_ ☐ I choose not to specify

**Direccion de la calle** \_\_\_\_\_

**Codigo postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado** \_\_\_\_\_

**Direccion postal** \_\_\_\_\_ **Codigo postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado** \_\_\_\_\_

☐ **DE SU BOLSILLO / SIN SEGURO:** Al marcar esta casilla, entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios en el momento en que se prestan. Si alguien que no sea el paciente es responsable de esta cuenta, complete

**Nombre de la persona responsable de esta cuenta:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de la persona responsable de esta cuenta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de la persona responsable de esta cuenta:** \_\_\_\_\_

Se puede registrar una tarjeta de crédito para su conveniencia. Si desea hacerlo, hágaselo saber a la recepcionista.

**POR FAVOR, PROPORCIONE A LA RECEPCIONISTA SU IDENTIFICACIÓN**

(Los pacientes de Medicare deben proporcionar tarjetas de seguro y su identificación)

POR FAVOR, CONTINÚE CON LA PÁGINA SIGUIENTE

¿Fuma actualmente tabaco de algún tipo? ☐ Sí ☐ Ex fumador ☐ Nunca he sido fumador

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuma? ☐ Fumador diario actual ☐ Fumador actual ☐ a veces fumador

Medicamentos actuales, incluida la frecuencia y la dosis, si se conocen. Si no hay medicamentos actuales, Compruébalo aquí: ☐

	Start Date		Start Date
1) _____		5) _____	
2) _____		6) _____	
3) _____		7) _____	
4) _____		8) _____	

Haz una lista de todas las alergias conocidas que hayas tenido a cualquier medicamento.

Si no se conocen alergias, consulte aquí: ☐

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

Enumere brevemente sus principales problemas de salud: \_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha diagnosticado hipertensión actualmente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes actualmente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ☐ Tipo I ☐ Tipo II

En caso afirmativo a la diabetes, ¿su análisis de sangre para hemoglobina A1c fue > 9.0% ☐ Sí ☐ No

☐ No estoy Seguro En **Caso afirmativo, otros comentarios con respecto a la diabetes:** \_\_\_\_\_

¿Te has hecho una radiografía, una tomografía computarizada o una resonancia magnética de la columna lumbar en los últimos 28 días? ☐ Sí ☐ No

El médico puede solicitar que se realicen imágenes por imágenes, las siguientes preguntas ayudarán con las recomendaciones:

¿Eres claustrofóbico? ☐ Sí ☐ No ¿Tienes metal en tu cuerpo? ☐ ¿Sí ☐ No dónde? \_\_\_\_\_

Quejas principales (marque todas las que correspondan)

☐ Neck ☐ Midback ☐ Low Back ☐ Chest ☐ Ribcage ☐ Abdomen ☐ Headaches ☐ Other: \_\_\_\_\_  
☐ Shoulder R L ☐ Upper Arm R L ☐ Elbow R L ☐ Forearm R L ☐ Wrist R L ☐ Hand R L  
☐ Hip R L ☐ Leg R L ☐ Knee R L ☐ Calf R L ☐ Ankle R L ☐ Foot R L

¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Has tenido algún trauma corporal reciente? (es decir, resbalones y caídas, cirugías)? \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿hasta cuándo? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, CONTINÚE CON LA PÁGINA SIGUIENTE**

Fecha en que comenzó el dolor reciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Qué causó su dolor reciente?:

¿Está empeorando? ☐ Sí ☐ No ☐ Constante ☐ Va y viene

¿Con qué frecuencia experimentas tus síntomas? ☐ Sí ☐ No ☐ Constante ☐ Va y viene

¿Con qué frecuencia experimentas tus síntomas? ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100% ☐ de la day

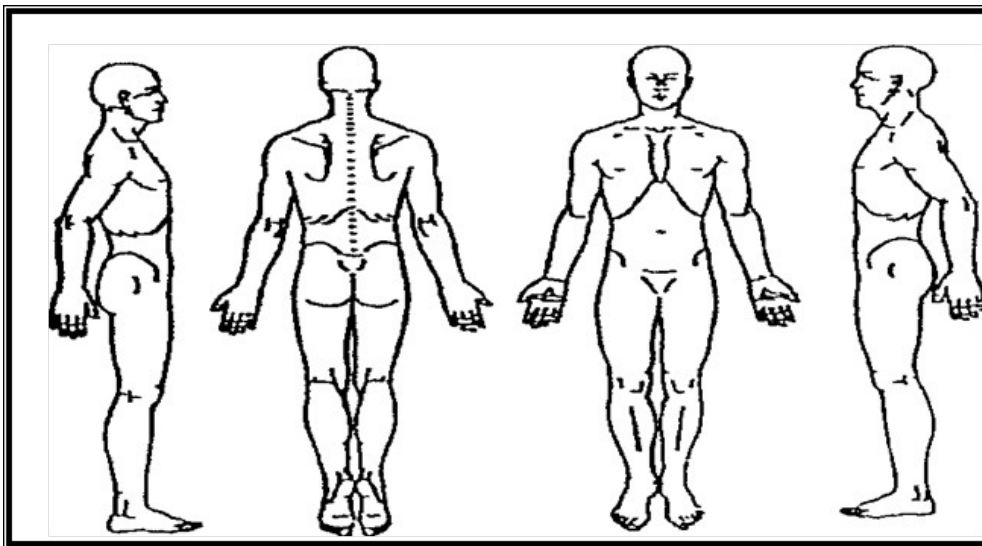
¿A qué área(s) irradia, dispara o viaja el dolor (si corresponde)? \_\_\_\_\_

¿Qué agrava esta queja? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Sentarse / Pararse / Caminar / Levantarse del asiento / Caminar escaleras / Inactividad / Dormir / Actividad física / Ejercicio / Movimiento / Inclinar hacia adelante / Inclinar hacia atrás / Girar / Alcanzar / Levantar / Trabajo de escritorio / Estornudar / Toser / Todo / Desconocido / Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué alivia esta queja? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Sentado / De pie / Caminando / Descansando / Ejercicio / Movimiento / Estiramiento / Masaje / Quiropráctica / Calor / Hielo / Acostado / Medicamentos / Acupuntura / Nada / Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido esta queja o una similar en el pasado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Cómo se siente su(s) queja(s)? Encierre en un círculo todo lo que corresponda: Agudo / Opaco / Dolorido / Rígido / Apretado / Dolorido / Espasmos / Pulsátil / Puñalada / Disparo / Ardor / Calambres / Molestia / Hormigueo / Entumecimiento / Otro: \_\_\_\_\_



Por favor, encierre en un círculo o haga una "X" en el diagrama del cuerpo de arriba donde tiene dolor u otros síntomas.

En la siguiente escala, marque con un círculo la gravedad de su queja principal en este momento:

Sin dolor			Dolor moderado				El peor dolor posible		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha consultado a otros médicos por esta dolencia? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "Sí", es posible que le pidamos que complete una autorización para obtener esos registros)

To be performed by clinic staff: Height: \_\_\_\_inches Weight: \_\_\_\_\_poundsBP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Area for Doctor

Notes: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, CONTINÚE CON LA PÁGINA SIGUIENTE**

**Clínica Quiropráctica de Arroz  
Dr. Eliseo Cummings, D.C.**

**204 North First Street Conroe, Texas 77301**

**Formulario de consentimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)**

Su Información de Salud Protegida (PHI) será utilizada por esta oficina o divulgada a otros con fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina. Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su PHI. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. Puede revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Puede solicitar una copia del Aviso en la recepción. Esta oficina se reserva el derecho de modificar las Prácticas de Privacidad descritas en el Aviso.

**Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información**

Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su PHI. Es política de esta oficina que continuará brindando tratamiento a un paciente que restrinja el consentimiento para el uso y la divulgación de su PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

**Revocación del consentimiento**

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su PHI. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Yo, \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que la PHI se utilizará dentro de la oficina para fines de mi atención, a aquellas personas designadas por el médico.

**Cesión de Beneficios / Cesión de Causa de Acción / Gravamen Contractual**

Nuestra oficina hará todo lo posible para verificar los beneficios de su póliza, sin embargo, esta oficina y su seguro NO garantizan una cotización de beneficios para el pago de los servicios prestados. Si su seguro proporciona beneficios quiroprácticos, su seguro se presentará semanalmente como cortesía para usted. Usted será responsable de su deducible y/o copago. Su seguro debe pagar dentro de los 45 días a partir de la fecha en que se presentó. En el caso de que su compañía de seguros no pague de manera oportuna, es posible que se le pida que se comunique con su compañía de seguros. **Si su compañía de seguros le envía un cheque directamente por nuestros servicios, debe llevar el cheque mal dirigido a nuestra oficina dentro de las 48 horas.**

**Cesión de derechos y transmisión de intereses de gravamen**

Por la presente, ejecuto y proporciono intereses de gravamen irrevocables y asignación de ingresos a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago por dichos servicios, exigir el pago y procesar y recibir multas, intereses, pérdidas judiciales u otras cantidades legalmente compensables adeudadas por una compañía de seguros de acuerdo con el Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas. cooperar, proporcionar información según sea necesario y comparecer según sea necesario para ayudar en el procesamiento de tales solicitudes de beneficios a pedido.

A cualquier compañía de seguros que proporcione beneficios o liquidación de un reclamo, se le instruye que, de conformidad con este Interés de gravamen irrevocable y Asignación de Ingresos, pague el monto total en dólares de todas las sumas que debo a cuenta al médico y al centro de tratamiento mencionados anteriormente dentro de los 30 días posteriores a la recepción de las facturas médicas presentadas por el médico y / o el centro de tratamiento. **Instruyo que los cheques se hagan pagaderos a Rice Chiropractic Clinic, y el pago se envíe a 204 N. First St. Conroe, Texas 77301.**

Esta demanda se ajusta específicamente al Artículo 21.55 del Código de Seguros de Texas, que establece honorarios de abogados, multa del 18%, costo judicial e intereses de juicio, en caso de violación. En el caso de que los ingresos de mi liquidación de seguro se paguen directamente a mi abogado, por la presente instruyo irrevocablemente a mi abogado para que retenga todas las sumas y montos que se determine que se deben, adeudan y pagan en mi cuenta y remito el pago de todas esas sumas directamente al médico y / o centro de tratamiento mencionado anteriormente al recibir mi (s) laudo(s) de liquidación.

**Consentimiento informado para el tratamiento**

Por la presente, autorizo y libero al médico y a cualquier persona que él / ella designe como su asistente para administrar tratamiento, examen físico, estudios de rayos X, atención quiropráctica o cualquier servicio clínico que él / ella considere necesario en mi caso. Entiendo que, como con cualquier procedimiento de atención médica, las complicaciones son posibles después de la manipulación quiropráctica y / o las técnicas de terapia manual. Los riesgos de complicaciones debido a los tratamientos quiroprácticos se han etiquetado como "raros" y la probabilidad de reacción adversa debido a procedimientos auxiliares también se considera "rara".

• Yo, el padre abajo firmante o tutor legal de \_\_\_\_\_

Por la presente, reconozco que, si no asciendo a las citas según lo recomendado por mi médico tratante, él / ella tiene todo el derecho de terminar la responsabilidad de mi atención y renunciar a cualquier discapacidad que se me haya otorgado dentro de un período de tiempo razonable. Entiendo que no completar mi plan de tratamiento recomendado puede poner en peligro mi caso. Al firmar a continuación, acepto los términos que he leído anteriormente.

**Firma del paciente o de los padres:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, CONTINÚE CON LA PÁGINA SIGUIENTE**

## Acuerdo de Nombramiento/Comunicación Electrónica

Aquí en Rice Chiropractic Clinic, programamos a los pacientes de la manera más eficiente posible. Como cortesía a nuestro personal y a otros pacientes, le pedimos que llame o envíe un mensaje de texto al (936) 756-2415 o envíe un correo electrónico a [ricechiropractic@me.com](mailto:ricechiropractic@me.com) tan pronto como sepa que necesita reprogramar o cancelar su cita. Preferiblemente con 24 horas de anticipación.

Llegue lo más cerca posible de la hora de su cita. Llegar más de 15 minutos antes a su cita podría constituir una larga espera. Se le considerará una persona sin cita previa si llega más de 15 minutos antes y nuestras visitas sin cita previa se atienden después de nuestras citas programadas, por lo que es probable que no pueda ser atendido hasta cerca de la hora de su cita. Si no se presenta y cancela tarde (menos de 24 horas antes de su cita), se le puede cobrar una tarifa de \$ 20.

3 CITAS PERDIDAS O CANCELADAS RESULTARÁN EN EL CIERRE DE SU CASO (Su abogado deberá darnos la aprobación para reabrir su caso)

Si llega 15 minutos tarde a su cita, se le reprogramará. Llegar tarde a su cita podría reducir el tiempo que podemos tratarlo.

Llame si sabe que llegará más de 15 minutos tarde o temprano; Es posible que podamos programarlo para el mismo día. De lo contrario, intentaremos reservar su cita para un horario que funcione mejor para-ambos. Para los casos de lesiones personales, informamos el cumplimiento a su abogado semanalmente. Póngase en contacto con nosotros por cualquier motivo por el que no pueda asistir a sus citas. Al firmar, usted acepta lo anterior y nos informará que necesita cancelar o reprogramar su cita de manera oportuna. Además, acepta comprender que este es un centro médico y haremos todo lo posible para verlo rápidamente y sin un tiempo de espera excesivo, independientemente de cómo sucedan las cosas y es posible que nos retrasemos. Al firmar, usted acepta ser paciente con nuestro personal y otros pacientes si nos retrasamos, y trabajaremos para que lo atiendan tan pronto como sea posible.

---

Firma del paciente, padre o tutor

---

Fecha

---

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Rice Chiropractic Clinic puede comunicarse conmigo electrónicamente a la dirección de correo electrónico y / o número de teléfono que figura en la documentación de mi grupo demográfico. Esto incluye recordatorios de citas de pacientes. Los correos electrónicos rara vez se utilizan; Nos pondremos en contacto con usted principalmente por teléfono.

Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no cifrados. Además, acepto que soy responsable de proporcionar a la empresa cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico y / o número de teléfono móvil.

- ☐ De acuerdo:
- ☐ No estoy de acuerdo:

(Marque uno de los círculos de arriba para aceptar recibir correspondencia de la Clínica Quiropráctica Rice)



204 N. First St.  
Conroe, TX 77301



(936) 756-2415  
Fax (936) 756-2415



[ricechiropractic@me.com](mailto:ricechiropractic@me.com)

# Políticas de la clínica

- ★ Cuando asista a sus citas con el médico, puede traer a otras personas con usted para escuchar los resultados o escuchar lo que el médico tiene que decir. Por favor, no traiga niños, otros amigos o familiares con usted cuando asista a terapia. Son bienvenidos a esperar en la sala de espera, pero no se les permitirá regresar con usted mientras reciben tratamiento. A menos que haya hablado con el médico para recibir un permiso especial por circunstancias atenuantes.

Si recibe un permiso especial y el niño o la persona que lo acompaña destruye la propiedad, molesta a otros pacientes, es grosero/incontrolable, etc. Podemos pedirle a la persona que lo acompaña que se vaya o pedirles a ambos que se vayan.

- ★ Como cortesía a otros pacientes y a nuestro personal, le pedimos que permanezca alejado de su teléfono cuando lo detengan para recibir tratamiento. Es posible que le pidamos que salga de la habitación para que otra persona pueda recibir tratamiento si está hablando por teléfono. Si está hablando por teléfono en la sala de espera, lo llevaremos de regreso una vez que haya terminado con su llamada. Si necesitas atender una llamada telefónica mientras estás en la sala de espera, te pedimos que permanezcas fuera de Facetime y del teléfono con altavoz. Las llamadas telefónicas que duren más de 15 minutos después de la hora de su cita pueden resultar en una reprogramación.
- ★ Mientras espera o trata, le pedimos a usted y a las personas que lo acompañan que usen auriculares para escuchar música, videos, etc. Se proporcionarán auriculares para pedir prestados mientras esté aquí si es necesario.

Queremos que todos se sientan cómodos cuando sean tratados aquí en Rice Chiropractic. Gracias por ayudarnos a mantener un ambiente agradable para que todos nuestros pacientes reciban tratamiento mientras los ayudamos con su proceso de curación.

---

Esta página es para que te la lleves a casa

## HORARIO DE LA CLÍNICA QUIROPRÁCTICA DE RICE

Dr. Eli Cummings (Chiropractor)

Martes 9:00 am – 6:00 pm

(Cerrado martes de 12:30 a 2:30 para el almuerzo)

Viernes 8:30 am – 1:00 pm

Dr. William Espinoza (Chiropractor)

Lunes 12:00 pm-6:00 pm

Miércoles 10:00 am - 6:00 pm

Sábado 9:00 am-3:00 pm

### Consultorio/Terapia

Lunes 2:00 pm – 6:00 pm

Martes 9:00 am – 6:00 pm

(Cerrado de 12:30 a 2:30 para el almuerzo)

Miércoles 10:00 am – 6:00 pm

Jueves 10:00 am – 6:00 pm

Viernes 8:30 am – 5:00 pm

(Cerrado de 1:00 a 2:30 para el almuerzo)

Sábado 9:00 am – 3:00 pm

**Lunes y sábados SOLO con cita previa**

**\*\* DEBE** tener una cita para ser atendido. Puede programar citas llamando al 936-756-2415 o enviando un correo electrónico a [ricechiropractic@me.com](mailto:ricechiropractic@me.com)

**\*\* Las personas sin cita previa** se incluirán en nuestro horario para la próxima cita disponible, lo que podría resultar en una larga espera o programarse para otro día. Las visitas sin cita previa serán atendidas después de nuestros pacientes con citas confirmadas.

NO hay visitas sin cita previa para los exámenes físicos del DOT.

**\*\* Como recordatorio**, si hemos visto a nuestro último **paciente programado**, es posible que cerremos temprano o que el médico se vaya temprano. El último paciente se programa 30 minutos antes del cierre.

La MEJOR manera de programar citas es de manera constante. Podemos ponerlo en citas recurrentes, sin embargo, si no se presenta, será eliminado de nuestra lista de citas recurrentes.