

# Formulario de ingreso para pacientes quiroprácticos nuevos de HNS

**Datos del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Título:** (Marque uno) Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre** \_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Dirección, primera línea** \_\_\_\_\_

**Dirección, segunda línea** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Teléfono celular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Sexo:** Masculino Femenino

**Número del Seguro Social:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Estado civil:** Soltero Casado Otro

**Situación laboral:** Empleado Desempleado Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial Otro \_\_\_\_\_

**Datos del cónyuge** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre** \_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Datos del empleador** \_\_\_\_\_

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

**Ocupación** \_\_\_\_\_ **Descripción del trabajo** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular de contacto** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono celular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma del médico** \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente**

**Fecha**

**Enfermedades:** (Marque todas las que le correspondan)

- |                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis     | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca       |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastornos de la piel | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |  |  |  |

**Cirugías:** (Marque todas las que le correspondan)

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Procedimiento cardiovascular | <input type="checkbox"/> Columna cervical  | <input type="checkbox"/> Histerectomía   |
| <input type="checkbox"/> Hombro         | <input type="checkbox"/> Próstata                     | <input type="checkbox"/> Columna vertebral | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Cerebro        | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones  | <input type="checkbox"/> Columna torácica  | <input type="checkbox"/> Rodilla         |
| <input type="checkbox"/> Túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal             | <input type="checkbox"/> Urogenital        | <input type="checkbox"/> Hernia          |
| <input type="checkbox"/> Otro _____     |   |  |  |

**Alergias:** (Marque todas las que le correspondan)

- |                                 |   |  |                                     |
|---------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Pescado y mariscos | <input type="checkbox"/> Leche o lactosa | <input type="checkbox"/> Maní       |
| <input type="checkbox"/> Soya   | <input type="checkbox"/> Sulfitos           | <input type="checkbox"/> Trigo o gluten  | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

**Antecedentes sociales:** (Marque todas las que le correspondan)

- |                               |  |  |                                |
|-------------------------------|--|--|--------------------------------|
| Consumo de cafeína:           | <input type="checkbox"/> ocasionalmente      | <input type="checkbox"/> a menudo          | <input type="checkbox"/> nunca |
| Consumo de alcohol:           | <input type="checkbox"/> ocasionalmente      | <input type="checkbox"/> a menudo          | <input type="checkbox"/> nunca |
| Ejercicio:                    | <input type="checkbox"/> ocasionalmente      | <input type="checkbox"/> a menudo          | <input type="checkbox"/> nunca |
| Masticar tabaco:              | <input type="checkbox"/> ocasionalmente      | <input type="checkbox"/> a menudo          | <input type="checkbox"/> nunca |
| Cigarrillos:                  | <input type="checkbox"/> <1 cajetilla al día | <input type="checkbox"/> <1 paquete al día | <input type="checkbox"/> nunca |
| Uso de cinturón de seguridad: | <input type="checkbox"/> ocasionalmente      | <input type="checkbox"/> siempre           | <input type="checkbox"/> nunca |
| Otro _____                    |  |  |                                |

**Antecedentes familiares:** (Marque todo lo que corresponda)

- |                               |                                 |                                   |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Artritis:                     | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Cáncer:                       | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Diabetes:                     | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Enfermedad cardíac:           | <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Hipertensión                  | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Accidentes cerebrovasculares: | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Tiroides                      | <input type="checkbox"/> Padre  | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| Otro _____                    |                                 |                                   |

**Actividades ocupacionales:** (Marque la casilla que mejor describa la descripción de su trabajo)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administración         | <input type="checkbox"/> Propietario de empresa    | <input type="checkbox"/> Administrativo o secretaria         |
| <input type="checkbox"/> Usuario de computadora | <input type="checkbox"/> Operador de equipo pesado | <input type="checkbox"/> Guardería o cuidado infantil        |
| <input type="checkbox"/> Construcción           | <input type="checkbox"/> Atención de salud         | <input type="checkbox"/> Industria del servicio de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Trabajo manual medio   | <input type="checkbox"/> Fabricación               | <input type="checkbox"/> Servicios domiciliarios             |
| <input type="checkbox"/> Trabajo manual pesado  | <input type="checkbox"/> Trabajo manual liviano    | <input type="checkbox"/> Ejecutivo o legal                   |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa            | <input type="checkbox"/> Otro _____                |  |

Firma del médico \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente**

**Fecha**

**Antecedentes de salud** – (Marque la casilla de verificación si tiene problemas en cualquiera de los siguientes sistemas, haga un círculo en NO si no tiene problemas)

<b>Cardiovascular</b>	En el pasado	Actualmente	No	<b>Respiratorio</b>	En el pasado	Actualmente	No	<b>Alérgico o inmunológico</b>	En el pasado	Actualmente	No
Mala circulación				Asma				Urticaria			
Hipertensión				Tuberculosis				Trastorno inmunitario			
Aneurisma aórtico				Dificultad para respirar				VIH/SIDA			
Enfermedades cardíacas				Enfisema				Inyecciones antialérgicas			
Ataque cardíaco				Resfrío o gripe				Uso de cortisona			
Dolor de pecho				Tos							
Colesterol alto				Sibilancia							
Marcapasos								<b>Otorrinolaringología</b>			No
Dolor de mandíbula				<b>Vista</b>			No		En el pasado	Actualmente	
Latidos irregulares.					En el pasado	Actualmente		Dificultades para tragar			
Hinchazón de las piernas				Glaucoma				Mareos			
				Visión doble				Pérdida de la audición			
<b>Aparato genitourinario</b>			No	Vista borrosa				Dolor de garganta			
	En el pasado	Actualmente						Hemorragias nasales			
Enfermedad renal				<b>Psiquiatría</b>			No	Sangrado de encías			
Sensación de ardor al orinar					En el pasado	Actualmente		Sinusitis			
Micción frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				<b>Gastrointestinal</b>			No
Cálculos renales				Estrés					En el pasado	Actualmente	
Dolor en el costado inferior								Problemas de vesícula biliar			
				<b>Sistema endocrino</b>			No	Problemas intestinales			
<b>Sistema neurológico</b>			No		En el pasado	Actualmente		Estreñimiento			
	En el pasado	Presente		Tiroides				Problemas de hígado			
Accidente cerebrovascular				Diabetes				Úlceras			
Convulsiones				Caída del cabello				Diarrea			
Lesiones en la cabeza				Menopausia				Náuseas o vómitos			
Aneurisma cerebral				Menstruación				Deposiciones con sangre			
Entumecimiento								Inapetencia			
Fuertes dolores de cabeza				<b>Hematología</b>			No				
Dolor radicular					En el pasado	Actualmente		<b>Sistema osteomuscular</b>			No
Mal de Parkinson				Hepatitis					En el pasado	Actualmente	
Síndrome del túnel carpiano				Coágulos sanguíneos				Gota			
Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Hematomas				Rigidez de las articulaciones			
<b>General</b>			No	Sangrado				Debilidad muscular			
	En el pasado	Actualmente		Fiebre o escalofríos				Osteoporosis			
				Sudor				Fracturas			
Pérdida o aumento de peso								Reemplazo de articulaciones			
Bajo nivel de energía											
Dificultad para dormir											

Indique todos los medicamentos que toma actualmente \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

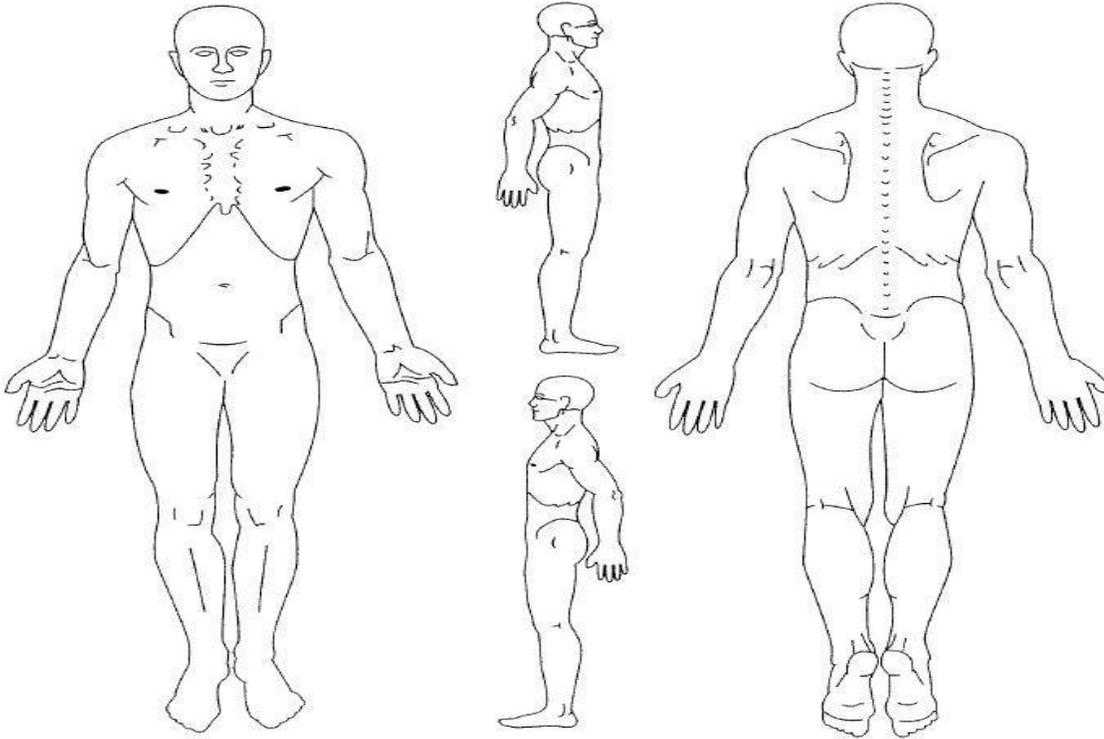
¿Está embarazada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

Use las claves que se muestran a continuación para indicar en el diagrama del cuerpo el lugar donde siente los siguientes síntomas:

E=Entumecimiento A=Ardor

P=Punzadas H=Hormigueo

D=Dolor sordo



Describa sus síntomas en orden de severidad, empezando por el peor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Sus síntomas son el resultado de:

Accidente en vehículo motorizado  Accidente relacionado con el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo comenzaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia experimenta los síntomas?

Constantemente (76 % a 100 % del día)  Frecuentemente (51 % a 75 % del día)  Ocasionalmente (26 % a 50 % del día)  Intermitentemente (0 % a 25 % del día)

¿Cómo describe la naturaleza de sus síntomas?

Agudo  Dolor sordo  Adormecido  Punzante  
 Ardor  Sensación de hormigueo  Puntadas  Otro \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

¿Cómo están cambiando sus síntomas?

- Mejoran
- No cambian
- Empeoran

**Empleo, actividades de la vida diaria e información sobre recreación**

Herramienta de evaluación de resultados utilizada \_\_\_\_\_ Puntuación \_\_\_\_\_

Descripción del trabajo \_\_\_\_\_

**Efecto de la afección en el desempeño laboral:**

- Sin efecto
- Leve (doloroso, puede realizar actividades)
- Moderado (doloroso, capacidad limitada)
- Moderado o Grave (esfuerzo limitado)
- Grave (sin esfuerzo limitado)
- Grave (no puede realizar esfuerzo limitado)

**Actividades diarias: Efectos de la afección actual en el desempeño**

Inclinarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cuidados: familia/enfermiza	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cargar las compras	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cambio de posición (sentarse y pararse)	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Subir escaleras	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Conducción de vehículos	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Uso prolongado de la computadora	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Alimentación	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Arrodillarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Levantar niños	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Levantar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cuidado de mascotas	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Lectura (concentración)	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cuidado personal (bañarse)	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cuidado personal (vestirse)	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Cuidado personal (afeitarse)	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Actividades sexuales	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Sueño	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Sentarse de forma estática	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Estar de pie de forma estática	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Caminar:	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse
Trabajo en el jardín	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Leve Doloroso (puede realizar actividades)	<input type="checkbox"/> Moderado Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> Grave Incapaz de desempeñarse

**Actividades recreativas: Efectos de la afección actual en el desempeño**

- \_\_\_\_\_  Sin efecto     Leve Doloroso (puede realizar actividades)     Moderado Doloroso (limitado)     Grave Incapaz de desempeñarse
- \_\_\_\_\_  Sin efecto     Leve Doloroso (puede realizar actividades)     Moderado Doloroso (limitado)     Grave Incapaz de desempeñarse
- \_\_\_\_\_  Sin efecto     Leve Doloroso (puede realizar actividades)     Moderado Doloroso (limitado)     Grave Incapaz de desempeñarse

Firma del médico \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Información de pago o seguro:**

¿Quién es responsable de la cuenta?

- Usted mismo       Seguro de salud       Cónyuge       Empresa del trabajador  
 Auto Insur.       Medicare       Medicaid       Otro \_\_\_\_\_

Compañía de seguros médicos personal: \_\_\_\_\_ Seguro. Número de identificación de la tarjeta \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médico de salud primaria \_\_\_\_\_

**Indemnización por lesiones o accidentes viales o lesiones personales:**

¿Llenó con su empleador un reporte por lesiones?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ a.m. / p.m.

**Prácticas de privacidad de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA)**

Comprendo que he recibido y he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA del consultorio quiropráctico sobre la Información de salud protegida.

Nombre del paciente en letra de imprenta \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

Consentimiento para tratar a un menor: (Nombre del menor en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del tutor o cónyuge para autorizar la atención \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Nuestro Compromiso de Privacidad**

Estamos muy comprometidos con proteger su privacidad. Aunque la ley nos exige revelarle esto, por favor entienda que tenemos, y siempre tendremos, mucho respeto hacia la privacidad de su informacion medica.

## **Divulgaciones de Informacion de Salud Protegida**

Existen varias razones por las cuales es posible que tengamos que usar o divulgar su ISP (Informacion de Salud Protegida);

- ❖ Posiblemente tendremos que divulgar su ISP a otro proveedor de atencion medica o hospital si lo remitimos a los servicios de ellos para diagnosticos, evaluaciones, o tratamiento de su condicion medica.
- ❖ Posiblemente tendremos que divulgar su ISP y/o facturacion a otra compañía si potencialmente son responsables del pago de nuestros servicios.
- ❖ Posiblemente necesitemos usar su ISP dentro de nuestra practica para el control de calidad u otros propositos operacionales.

## **Su Derecho a Limitar los Usos o Divulgaciones**

Usted tiene el derecho de solicitar que no divulguemos su informacion de salud a personas especificas, compañías, u organizaciones. Si desea imponer restricciones en el uso o divulgacion de su ISP, respetuosamente le pedimos que nos envíe estas restricciones por escrito. Con su derecho de restriccion, usted tambien tiene el derecho de revokar su autorizacion o consentimiento en cualquier momento. Nuevamente, le pedimos que cambios de autorizacion sean pedidos por escrito antes de que podamos hacer cambios al estado de su archive.

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restriccion en los usos y divulgaciones de su ISP. A la persona tambien se le otorga el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales, como recordatorios de horarios de citas, seguimiento de la atencion médica, coberturas / beneficios de seguros, o cualquier otra informacion que solo el paciente podrá responder personalmente.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO**

Por lo presente solicito y doy mi consentimiento para la realizacion de los ajustes quiropracticos y procedimientos quiropracticos. Esto incluye varios modos de terapia física y radiografias de diagnostico, en mi o en el paciente nombrado a continuacion, de quien soy legalmente responsable. Además, entiendo que esto puede ser realizado por el Dr. John Smith, Dr. Sean Smith, y/u otros médicos licenciados en quiropráctica a quienes ahora o en el futuro me traten. Esto incluirá a aquellos empleados por, trabajando para o asociados con las oficinas de otras oficinas de Chiropractic Partners.

He tenido la oportunidad de hablar con el Dr. John Smith, Dr. Sean Smith, y/o con otras oficinas o personal de la oficina sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos inherentes al tratamiento, entre los que se incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Además, deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el médico considera en ese momento, según los hechos conocidos, es lo que más me conviene.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra el curso completo del tratamiento para mi(s) condicion(es) actual(es) y para cualquier condicion(es) para la cual solicito tratamiento.

Para ser completado por el paciente:

Para ser completado por el representante del paciente, si es necesario, por ej.  
Si el paciente es menor de edad o está física o mentalmente incapacitado.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Representante

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha