



1050 Barber Creek Dr.  
BLDG 200  
Watkinsville, GA 30677  
P# 706-548-8984  
www.chiropracticworks.com

---

¡Bienvenido a nuestra oficina! Estamos comprometidos a brindar el mejor y más completo cuidado posible. Le animamos a hacer preguntas. Por favor ayúdenos proporcionando la siguiente información. Toda la información es confidencial y solo se divulga con su consentimiento. Estos formularios deben completarse solo con tinta o en formato digital (no lápiz), y puede traerlos el día de su visita. Asegúrese de completar todos los espacios en blanco.

**Estos son algunos elementos que necesitará el día de su visita:**

- Tarjeta de seguro (si tiene seguro) e identificación con foto
- Copago, coseguros y deducible (si tiene uno), y pago de cualquier saldo pendiente.
- Una lista de los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando actualmente, incluyendo cualquier hierba o vitamina. Por favor, incluya la dosis.
- Cualquier radiografía o resonancia magnética de un Quiropráctico anterior y su Médico de atención primaria / Médico de familia, que puede estar relacionado con su motivo de visita. Por favor, tráigalos con usted a su visita a la oficina y entréguelos en la recepción a su llegada.

Los copagos/deducibles (si tiene uno), y los coseguros deben pagarse en el momento de la visita. Es responsabilidad del paciente saber lo que cubre su seguro.

Si es estudiante de UGA y utiliza el seguro estudiantil, es su responsabilidad obtener una referencia del Centro de Salud Estudiantil antes de venir a su primera visita. No somos responsables si sus beneficios no pagan debido a la falta de una referencia.

Por favor llegue 10 a 15 minutos antes de su primera cita para que podamos completar su proceso de registro.

Como siempre, hacemos todo lo posible para satisfacer mejor sus necesidades de la manera más eficiente y profesional. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros al (706) 548-8984.

**Para evitar cargos por "no presentación", llame a nuestra oficina con 24 horas de anticipación si no puede asistir o necesita reprogramar su cita. Una cita perdida es una pérdida para todos.**

*¡Gracias por permitirnos ser parte de su equipo de atención médica!*

**Chiropractic Works****1050 Barber Creek Dr. BLDG 200 ♦ Watkinsville, GA 30677 ♦ 706-548-8984**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: (C) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación y descripción del trabajo \_\_\_\_\_

Persona de contacto de emergencia Nombre \_\_\_\_\_ T# \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Por favor, elice los medicamentos actuales y su dosis. Si no está tomando ninguno, escriba "ninguno actualmente".

¿Tiene alergias?  No  Sí (Si es sí, por favor enumere y describa la reacción) \_\_\_\_\_¿Ha tenido alguna cirugía?  No  Sí (Si es sí, por favor enumere) \_\_\_\_\_

¿Tiene marcapasos? Sí o No ¿Tiene implantes o dispositivos médicos? Sí o No Mujeres: ¿Tiene un DIU? Sí o No

**Antecedentes médicos pasados:** (marque todos los que correspondan)  Accidente de coche (fecha \_\_\_\_\_)  Ataque al corazón   
 Insuficiencia cardíaca  Fibrilación auricular  Diabetes  Presión arterial alta  Colesterol  Accidente cerebrovascular  Cáncer  Asma  
 EPOC  Úlcera  Tiroides  SIDA  TB  otro \_\_\_\_\_

**Enfermedades de la infancia:**  Varicela  Sarampión  Paperas  Tos ferina  Asma  RSV  Otro \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** Marque la(s) condición(es) relacionada(s) con sus padres  Adoptado/Desconocido

Madre:  Sana  Accidente cerebrovascular  Cáncer  Diabetes  Presión arterial alta  Fallecida  Desconocida

Padre:  Sano  Accidente cerebrovascular  Cáncer  Diabetes  Presión arterial alta  Fallecido  Desconocido

**Cafeína** (café/té/refrescos) \_\_\_\_\_ tazas al día **Alcohol** \_\_\_\_\_ /día \_\_\_\_\_ /semana **otras sustancias** \_\_\_\_\_

**Estado de fumador**  diario (indique: intenso o moderado)  ex fumador  nunca

**Revisión de sistemas: (marque todos los que correspondan)**

**GENERAL:**  debilidad  fatiga/letargo  problemas para dormir  aumento de peso  pérdida de peso  aumento del apetito   
 disminución del apetito

**PIEL:**  erupción  llaga  picazón  sequedad  cambios en el cabello/uñas

**CABEZA, OÍDOS, OJOS, NARIZ Y GARGANTA:**  dolor de cabeza  lesión en la cabeza  mareos  sensación de mareo   
 cambios en la visión  lagrimeo  zumbido en los oídos  vértigo  problemas de senos nasales

**CARDIOVASCULAR:**  dolor/incomodidad en el pecho  palpitaciones  edema

**RESPIRATORIO:**  tos  esputo  hemoptisis  disnea  sibilancias  apnea del sueño

**GI:**  dificultad para tragar  acidez  náuseas  estreñimiento  diarrea  dolor abdominal  intolerancia alimentaria   
 Enfermedad de Crohn

**URINARIO:**  poliuria  nocturia  urgencia  hematuria  infecciones  cálculos  incontinencia  goteo

**VASCULAR PERIFÉRICO:**  calambres en las piernas  várices

**MSK:**  dolor de cuello  dolor de espalda  dolor muscular  dolor articular  rigidez  hinchazón  sensibilidad  enrojecimiento  
 limitación en el rango de movimiento

**NEUROLÓGICO:**  desmayos  pérdida de conocimiento  convulsiones  piernas inquietas  debilidad  parálisis   
 entumecimiento  hormigueo  temblores

**ENDOCRINO:**  intolerancia al calor  intolerancia al frío  sudoración excesiva  sed excesiva  hambre excesiva  cambios en  
 el tamaño de los guantes/gorros/zapatos

---

**Additional Comments:**

# Back Index (INDICE DE LA ESPALDA)

Low Back Pain and Disability Revised Oswestry

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

Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud..

## Intensidad del Dolor

- ⓪ El dolor va y viene y es muy suave.
- ① El dolor es suave y no varía mucho.
- ② El dolor va y viene y es moderado.
- ③ El dolor es moderado y no varía mucho.
- ④ El dolor va y viene y es muy severo.
- ⑤ El dolor es muy severo y no varía mucho.

## Al Dormir

- ⓪ No tengo dolor cuando estoy acostado.
- ① Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien
- ② Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
- ③ Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
- ④ Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
- ⑤ El dolor no me deja dormir.

## Al Sentarse

- ⓪ Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- ① Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
- ② El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
- ③ El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
- ④ El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
- ⑤ Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

## Al Estar De Pie

- ⓪ Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
- ① Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
- ② No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
- ③ No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
- ④ No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- ⑤ Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

## Al Caminar

- ⓪ No tengo dolor mientras que camino.
- ① Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
- ② No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- ③ No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
- ④ No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
- ⑤ No puedo caminar sin que el dolor aumente.

## Cuidado Personal

- ⓪ No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- ① No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
- ② El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
- ③ El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- ④ Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
- ⑤ Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

## Al Levantar Objetos

- ⓪ Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
- ① Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- ② El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
- ③ El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
- ④ El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
- ⑤ Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

## Al Viajar

- ⓪ No tengo dolor al viajar.
- ① Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
- ② Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
- ③ Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
- ④ El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
- ⑤ El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

## Vida Social

- ⓪ Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
- ① Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- ② El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
- ③ El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
- ④ El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- ⑤ Difícilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

## Cambio en el Grado de Dolor

- ⓪ Mi dolor esta mejorando rápidamente.
- ① Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
- ② Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
- ③ Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
- ④ Mi dolor está empeorando gradualmente.
- ⑤ Mi dolor está empeorando rápidamente.

Score

# Neck Index (INDICE DEL CUELLO)

Vernon-Myer

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

- ⓪ No tengo dolor en este momento.
- ① El dolor es muy suave en este momento.
- ② El dolor va y viene y es moderado.
- ③ El dolor es severo en este momento.
- ④ El dolor es muy severo en este momento.
- ⑤ El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

## Al Dormir

- ⓪ No tengo ningún problema durmiendo.
- ① Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
- ② Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
- ③ Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
- ④ Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
- ⑤ Mi sueño esta completamente alterado (desvelado por 5-7 horas).

## Lectura

- ⓪ Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
- ① Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
- ② Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- ③ No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- ④ Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
- ⑤ No puedo leer debido al dolor de cuello.

## Concentración

- ⓪ Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- ① Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
- ② Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
- ③ Tengo mucha dificultad al concentrarme.
- ④ Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
- ⑤ No puedo concentrarme.

## Trabajo

- ⓪ Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
- ① Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
- ② Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
- ③ No puedo hacer mi trabajo habitual.
- ④ Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
- ⑤ No puedo hacer ningún trabajo.

## Cuidado Personal

- ⓪ Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
- ① Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor
- ② El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
- ③ Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
- ④ Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- ⑤ No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

## Al Levantar Objetos

- ⓪ Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
- ① Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor .
- ② El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
- ③ El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
- ④ Puedo levantar solamente objetos ligeros.
- ⑤ No puedo levantar o cargar alguna cosa.

## Al Conducir

- ⓪ Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
- ① Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
- ② Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- ③ No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- ④ Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
- ⑤ No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

## Recreación

- ⓪ Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
- ① Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
- ② Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
- ③ Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- ④ Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- ⑤ No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

## Dolor de Cabeza

- ⓪ No tengo dolores de cabeza.
- ① Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
- ② Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
- ③ Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
- ④ Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
- ⑤ Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Score

# Chiropractic Works/Athens Brain Training Authorization and Consent Form

\_\_\_\_\_(Iniciales) **Reconocimiento del Paciente de Aviso a Consultas Privadas:** Como se requiere por las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), se me ha ofrecido una copia electrónica del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se puede usar y divulgar mi información identificable y cómo puedo acceder a mi información de salud. Entiendo que el Aviso puede ser modificado en cualquier momento según lo permita la ley aplicable. Puedo obtener una copia impresa actual del Aviso solicitándosela al personal de recepción o puedo verlo a través de mi acceso electrónico a mi expediente de salud electrónico o la copia publicada en el área de recepción. Mi firma a continuación reconoce que se me ha brindado acceso a una copia electrónica y una copia impresa publicada en el área de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad para su lectura.

¿A quién podemos divulgar información / hablar sobre su atención?

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Iniciales) **Consentimiento para el Tratamiento:** Por lo presente, autorizo y doy mi consentimiento para los servicios de atención médica relacionados con el tratamiento, incluyendo pero no limitados a: ajustes quiroprácticos, exámenes y diversas modalidades de terapias manuales/físicas, estiramientos, masajes, ultrasonido terapéutico, estimulación eléctrica muscular, aplicaciones de calor o frío, tracción, descompresión y ejercicio. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Los riesgos del tratamiento son muy leves, incluyendo pero no limitados a fractura de costilla (ocurrencia rara y generalmente resultado de una debilidad subyacente del hueso), esguinces musculares y de ligamentos (raros), lesiones en discos, nervios y médula espinal (muy raras), accidente cerebrovascular (extremadamente raro, uno en un millón o uno en diez millones). Deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el curso del procedimiento, el cual considera, según los hechos conocidos, es lo mejor para mí. Reconozco que he discutido, o he tenido la oportunidad de discutir, con el médico o el personal, los riesgos y beneficios de someterme al tratamiento; he decidido libremente someterme al tratamiento y otorgo mi pleno consentimiento para el tratamiento. El médico puede usar sus manos o un dispositivo mecánico para manipular las articulaciones. Puedo escuchar un "chasquido o estallido" similar al que ocurre cuando se "truenan" las articulaciones y puedo sentir el movimiento de la articulación. Deseo que este consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y cualquier condición futura por la cual busque tratamiento.

\_\_\_\_\_(Iniciales) **Consentimiento para Menores:** Reconozco que he leído y comprendido la información de consentimiento para el tratamiento anterior y autorizo y doy mi consentimiento a los médicos, personal y asistentes médicos de Chiropractic Works/Athens Brain Training para tratar a mi hijo(a) menor. A partir de la fecha de hoy, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor nombrado a continuación. Si corresponde, bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento del cónyuge, ex cónyuge u otro progenitor. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención se revoca o modifica de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

\_\_\_\_\_(Iniciales) **Acuerdo de Política de Pago abreviado:** Entiendo y acepto que mis pólizas de seguro de salud/accidente son un acuerdo entre mi aseguradora y yo. Entiendo y acepto que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios que se me presten, y de los menores, si corresponde. También entiendo que si suspendo o termino la atención, cualquier tarifa por servicios prestados deberá pagarse de inmediato. Por la presente, reconozco que he leído y comprendido la política de pago completa de esta oficina y acepto cumplir con sus pautas.

\_\_\_\_\_(Iniciales) **Citas perdidas:** Entendemos que a veces surgen situaciones que pueden evitar que asista a su cita programada regularmente. Le pedimos que nos avise con un tiempo razonable de antelación a su cita para que podamos ofrecer este tiempo a otro paciente. Si falta a las citas sin previo aviso razonable, se le puede cobrar una tarifa por cita perdida de \$25. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio al mantener su cita programada regularmente.

\_\_\_\_\_(Iniciales) Entiendo que se puede utilizar ajustes en una sala abierta y que si deseo hablar con el médico o el personal en privado, debo informar a un miembro del personal.

Mis iniciales junto a cada sección y mi firma a continuación reconocen mi acuerdo y consentimiento con toda la información anterior.

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Desea una copia impresa de los avisos anteriores? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No.