

SCNC SIRUCEK CHIROPRACTIC NEUROLOGY CLINIC

Información Confidencial del Paciente

Nombre		Fecha	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono (casa)
Teléfono (trabajar)	Teléfono (celular)		Seguro Social #
Edad	E-mail	Persona Responsable	

Referido de

Nombre del Paciente	Nombre del Doctor	Otro: (TV, Radio, etc..)
---------------------	-------------------	--------------------------

Situación laboral

Empleado
 Jubilado
 Discapacitado
 Estudiante

Empleador	Ocupación
Dirección del empleador	Ciudad / Estado / Código Postal

Estado civil:
 Casado/a
 Soltero/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Nombre de esposo/a _____ Hijos? ____ Nombres de los hijos _____

Solamente para mujeres – En Referencia a la Imagen Radiografica

Yo, _____, confirmo que no estoy embarazada, a lo mejor de mi conocimiento, y renuncio toda la responsabilidad del medico.

Firma:

Fecha:

Solamente para Menores de Edad – Consentimiento para el Tratamiento

Yo autorizo a María Teresa Gómez Durand, DC, y quien así lo designe como su asistente, para administrar el cuidado quiropráctico como lo estime conveniente a mi hijo / hija, _____.

Firma:

Fecha:

Estimado Paciente Nuevo,

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida y las gracias por elegir mi clínica. Mi principal preocupación es proporcionar una atención de calidad quiropráctica. Mi meta es construir una relación con usted de confianza. Espero que su experiencia con nosotros sea agradable y hará que desea hacer referencia a su familia y amigos de los beneficios del cuidado quiropráctico.

Me gustaría tomar un minuto para explicar algunas de nuestras normas de la oficina en este momento.**CITAS**

Cuando las citas se hacen, este tiempo ha sido reservado para usted. Como una cortesía le pedimos que si usted no será capaz de mantener su cita que llame 24 horas antes de su cita para reprogramar la cita. Si no, me reservo el derecho de cobrar \$ 25.00 por citas perdidas.

Iniciales _____**SERVICIOS Y SUMINISTROS**

Todos los suministros ortopédicos y de los suplementos nutricionales deben ser pagados cuando se reciben.

Iniciales _____**PAGOS**

Se espera el pago de todos los servicios en su cita al menos que otros arreglos previos se han realizados. Los planes de pago están disponibles y mi personal estará encantado de discutir con usted. Para aquellos que tienen seguro, como una cortesía, vamos a verificar su cobertura de seguro al comienzo de su cuidado. Sin embargo, *no podemos prestaciones de la garantía*. Si usted tiene un libro de su seguro debe referirse a ella o llame para verificar sus beneficios usted mismo. Su compañía no garantiza los beneficios que se describen a nosotros por teléfono. Los reclamos deben ser presentados y revisados. Tenga en cuenta autorización de una junta de revisión de utilización no garantiza el pago de las visitas autorizadas. Usted es responsable de conocer sus límites seguros, máximos, y las restricciones. Su cuidado no se basa en el número de visitas que su compañía de seguros podrá autorizar, sino en el cuidado más apropiado para sus condiciones. También mandaremos directamente a su compañía de seguro la cuenta para usted como una cortesía y hará todo lo posible para ver sus reclamos a pagar. Si se producen problemas, no vamos a entrar en cualquier controversia sobre los créditos pendientes de pago con su compañía de seguros. El contrato es entre usted y su compañía y es su responsabilidad. Todos los créditos pendientes de pago son de su responsabilidad financiera. Todos los deducibles y los co-pagos son debidos en el momento de su visita. Sirucek Chiropractic Neurology Clinic puede aceptar la asignación de los beneficios de su cobertura de seguro.

Iniciales _____

Les agradezco sus referencias y ofrecemos consultas gratuitas a sus familiares y amigos como una cortesía. Esta consulta está diseñado para permitir a cumplir con el médico, discutir sus preocupaciones y ver si el cuidado quiropráctico es apropiado para ellos.

Por favor, si usted tiene alguna pregunta o inquietud no dude en preguntar. Mi personal está siempre disponible para responder a sus preguntas y ayudar en todo lo que puedan.

Bienvenido a la Clínica!

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Por favor lista las quejas principales en orden de gravedad (de más debilitantes a menos debilitantes):

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Queja #1 _____

Ubicación:	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Centro						
Gravedad:	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> De Leve a Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> De Moderada a Grave					
	<input type="checkbox"/> Severa								
Sus síntomas en una escala de 1-10 considerando 1 (mínimo) y 10 (graves / dolor insoportable)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas:									
<input type="checkbox"/> Intermitente < 25%									
<input type="checkbox"/> De vez en cuando 25%-50%									
<input type="checkbox"/> Con Frecuencia 50%-75%									
<input type="checkbox"/> Constante >75%									
Fecha cuando se notó por primera vez esta condición:									
Mejor cuando:									
<input type="checkbox"/> Acostarse									
<input type="checkbox"/> Medicina									
<input type="checkbox"/> Nada									
<input type="checkbox"/> Movimiento									
<input type="checkbox"/> Sentado									
<input type="checkbox"/> Estiramientos									
<input type="checkbox"/> Quiropráctica									
<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Hielo									
<input type="checkbox"/> Descansio									
<input type="checkbox"/> Otro _____									
Empeora cuando:									
<input type="checkbox"/> Levantar									
<input type="checkbox"/> Sentado									
<input type="checkbox"/> Caminar									
<input type="checkbox"/> Toser/Estornudar									
<input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento									
<input type="checkbox"/> Luces brillantes									
<input type="checkbox"/> Otro _____									
Calidad:									
<input type="checkbox"/> Dolor									
<input type="checkbox"/> Agudo									
<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Sordo									
<input type="checkbox"/> Pulsátil									
<input type="checkbox"/> Eléctrico									
<input type="checkbox"/> Ardiente									
<input type="checkbox"/> Penetrante									
<input type="checkbox"/> Profundo									
<input type="checkbox"/> Superficial									
¿Sus síntomas se extienden: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde?									
Cuando los síntomas son peores:									
<input type="checkbox"/> Por la tarde									
<input type="checkbox"/> Durante la noche									
<input type="checkbox"/> Actividades pequeñas									
<input type="checkbox"/> Actividades moderadas									
<input type="checkbox"/> En la mañana									
Efectos secundarios:									
<input type="checkbox"/> Movimiento disminuidos									
<input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad									
<input type="checkbox"/> Entumecimiento									
<input type="checkbox"/> Rigidez									
<input type="checkbox"/> Opresión									
<input type="checkbox"/> Hormigueo									

Queja #2 _____

Ubicación:	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Centro						
Gravedad:	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> De Leve a Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> De Moderada a Grave					
	<input type="checkbox"/> Severa								
Sus síntomas en una escala de 1-10 considerando 1 (mínimo) y 10 (graves / dolor insoportable)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas:									
<input type="checkbox"/> Intermitente < 25% <input type="checkbox"/> De vez en cuando 25%-50% <input type="checkbox"/> Con Frecuencia 50%-75% <input type="checkbox"/> Constante >75%									
Fecha cuando se notó por primera vez esta condición:									
Mejor cuando:									
<input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Movimiento <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Estiramientos <input type="checkbox"/> Quiropráctica <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Descansio <input type="checkbox"/> Otro _____									
Empeora cuando:									
<input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Toser/Estornudar <input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento <input type="checkbox"/> Luces brillantes <input type="checkbox"/> Otro _____									
Calidad:									
<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Pulsátil <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial									
¿Sus síntomas se extienden: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde?									
Cuando los síntomas son peores:									
<input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Durante la noche <input type="checkbox"/> Actividades pequeñas <input type="checkbox"/> Actividades moderadas <input type="checkbox"/> En la mañana									
Efectos secundarios:									
<input type="checkbox"/> Movimiento disminucidos <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Opresión <input type="checkbox"/> Hormigueo									

Queja #3 _____

Ubicación:	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Centro						
Gravedad:	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> De Leve a Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> De Moderada a Grave					
	<input type="checkbox"/> Severa								
Sus síntomas en una escala de 1-10 considerando 1 (mínimo) y 10 (graves / dolor insoportable)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas:									
<input type="checkbox"/> Intermitente < 25% <input type="checkbox"/> De vez en cuando 25%-50% <input type="checkbox"/> Con Frecuencia 50%-75% <input type="checkbox"/> Constante >75%									
Fecha cuando se notó por primera vez esta condición:									
Mejor cuando:									
<input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Movimiento <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Estiramientos <input type="checkbox"/> Quiropráctica <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Descansio <input type="checkbox"/> Otro _____									
Empeora cuando:									
<input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Toser/Estornudar <input type="checkbox"/> Diarrea/estreñimiento <input type="checkbox"/> Luces brillantes <input type="checkbox"/> Otro _____									
Calidad:									
<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Pulsátil <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial									
¿Sus síntomas se extienden: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde?									
Cuando los síntomas son peores:									
<input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Durante la noche <input type="checkbox"/> Actividades pequeñas <input type="checkbox"/> Actividades moderadas <input type="checkbox"/> En la mañana									
Efectos secundarios:									
<input type="checkbox"/> Movimiento disminuidos <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Opresión <input type="checkbox"/> Hormigueo									

Si usted tiene más de tres quejas solicite ha uno de nosotros en la clínica para más páginas para sus "Quejas".

Por favor indica todos los doctores que te han visto para estas condiciones. (Favor de incluir el diagnóstico, tratamiento recibido, y cualquier cambio en su condición).

Historial Médico

Por favor incluye sus condiciones anteriores.

Si es posible, incluir: Fechas, diagnóstico, tratamiento recibido, y cualquier residuales que todavía sufren.

Historia General de Salud: ¿Ha tenido alguna de las siguientes?

Lesiones, accidentes, caídas o traumas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica
Enfermedades/Hospitalizaciones: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica
Cirugías: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica
Lesiones de trabajo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica
Accidentes en Auto: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica
Solamente para mujeres: Síntomas de la Menopausia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explica

Hábitos

Cigarrillos /Cigarros	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántos por semana?
Alcohol	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas bebidas por semana? ¿Qué tipo de alcohol?
Café	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas tazas a la semana?
Ejercicio	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí Horas / días a la semana? Tipos?
Agua	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí Vasos de agua al día?
Refrescos	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí Cantidad por semana?Tipos?
Dormir	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Sí Medio por noche? Cantidad deseos por la noche? ¿Tiene dificultad para quedarse o para quedarse dormido?
Comida	Comidas por día? Tipos de comida? ¿Considera que su dieta sana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explica

Salud Personal Historial

Medicamentos Por favor lista medicamentos que esta tomando y por qué lo esta tomando
Vitaminas y Minerales Por favor lista los complementos existences y por quién prescrito

Marque la casilla izquierda para cualquier condición que tenía en el pasado, y la casilla derecha para cualquier condición que es actual.

LA HISTORIA DE LA SALUD EN GENERAL

P A	P A	P A	P A
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> la tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección por hongos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parásitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmun
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varicela
CARDIOVASCULARES	REPRODUCTIVA	GENITOURINARIO	OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Visuales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Luces intermitentes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irregularidades menstruales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manchas negras en la visión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cólicos menstruales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Decoloración de la orina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión borrosa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> problemas de congestión y pulmón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección venérea		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La pérdida de la audición
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venas Varicosas			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir

SISTEMA NERVIOSO**GASTROINTESTINALES****MUSCULOESQUELETICOS****P A****P A****P A**

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pobre/Exceso de apetito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cara	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cuello	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negro/sangre en las heces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo/Codo	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Muñeca/ Mano	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres abdominales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pobre balance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gas/Hinchazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de la cadera	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contracciones/Temblor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Muslo/ Rodilla	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades frías	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su peso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/ Pie	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga de Pierna/Brazo	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy ha Sirucek Chiropractic Neurology Clinic mi consentimiento para usar o divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de las compañías de seguros, y para las operaciones de salud, como controles de calidad.

He sido informado de que yo puedo revisar el Aviso de la clínica de prácticas de privacidad (para una descripción más completa de los usos y revelaciones) antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que esta clínica tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que yo pueda obtener cualquier aviso revisado en la clínica.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción para mi información médica protegida es utilizada, sin embargo, también entiendo que la clínica no está obligado a acceder a la petición. Si la clínica está de acuerdo con mi solicitud de restricción, deben seguir la restricción (s).

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, a excepción de la información ya utilizada o revelada.

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Cada tipo de atención de la salud se asocia con algún riesgo de un problema. Esto incluye la atención de la salud de la quiropráctica. Queremos que usted esté informado acerca de los problemas potenciales relacionados con el cuidado de la salud quiropráctica antes de consentir al tratamiento. Esto se llama consentimiento informado.

Los ajustes quiroprácticos son el movimiento de los huesos con las manos del médico o el uso de una máquina. Frecuentes ajustes de crear un "pop" o "clic" ruido en la zona tratada.

En la oficina usamos personal capacitado para ayudar al personal médico con partes de su consulta, examen física, tomar rayos X , la aplicación de la terapia física, la tracción, la terapia de masaje, la enseñanza de ejercicios, etc. De vez en cuando su médico no está disponible, otro médico de la clínica se te tratan en ese día.

El derrame: El accidente cerebrovascular es el problema más grave asociado con los ajustes quiroprácticos. El derrame significa que una parte del cerebro no recibe suficiente oxígeno en el torrente sanguíneo. El resultado puede ser temporal o permanente de la disfunción del cerebro, con una complicación muy rara de muerte. Los ajustes quiroprácticos han sido asociados con movimientos que surgen de la arteria vertebral solamente, esto es debido a que la arteria vertebral se encuentra realmente dentro de las vértebras del cuello. El ajuste que está relacionado con accidente cerebrovascular arteria vertebral se llama la "extensión de la rotación-atlas ajuste". Nosotros no hacemos este tipo de ajuste en los pacientes. Otros tipos de ajustes en el cuello también puede ser potencialmente relacionadas con los accidentes cerebrovasculares arteria vertebral, pero nadie está seguro. Estudios (Oficial de la CCA, Vol. 37. N° 2, junio, 1993) estiman que el incidente de este tipo de accidente cerebrovascular es de 1 por cada 3,000,000 ajustes parte superior del cuello. Esto significa que un quiropráctico promedio tendría que ser en la práctica por cientos de años antes de que estadísticamente se asocian con un trazo único paciente.

Hernias de disco: Las hernias de disco generan una presión sobre el nervio espinal o en la médula espinal suelen ser tratados con éxito por quiroprácticos y ajustes quiroprácticos, tracción, etc. Esto incluye tanto el cuello y la espalda. Sin embargo, en ocasiones el tratamiento quiropráctico (ajustes, tracción, etc) agrava el problema y pocas veces la cirugía puede ser necesaria para su corrección. Rara vez los ajustes quiroprácticos también pueden causar un problema de disco si el disco está en condiciones de debilidad. Estos problemas se producen tan raramente que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

Lesiones de tejidos blandos: tejidos blandos se refieren principalmente a los músculos y los ligamentos. Los músculos mueven los huesos y los ligamentos limitan el movimiento articular. Rara vez un ajuste de la quiropráctica, la tracción, la terapia de masaje, etc, puede rasgar un poco de músculo o fibras del ligamento. El resultado es un aumento temporal del dolor y los tratamientos necesarios para su resolución, pero no hay a largo plazo afecta al paciente. Estos problemas se producen tan raramente que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

Las fracturas de costilla: Las costillas se encuentran sólo en la columna torácica o en el medio de la espalda. Se extienden desde su regreso a su área delante del pecho. Rara vez un ajuste quiropráctico puede romper un hueso de la costilla, y esto se conoce como una fractura. Esto ocurre sólo en pacientes que han debilitado los huesos de las cosas tales como la osteoporosis. La osteoporosis se puede observar en las radiografías. Nosotros ajustamos a todos los pacientes con mucho cuidado, y especialmente aquellos que padecen de osteoporosis en sus radiografías. Estos problemas se producen tan raramente que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

Quemaduras de la Terapia Física: Algunas de las máquinas que utilizamos generar calor. También utilizamos el calor y el hielo, y recomendar su atención en el hogar en alguna ocasión. Piel de cada persona tiene una sensibilidad diferente a estas modalidades, y rara vez, ya sea calor o hielo puede quemar o irritar la piel. El resultado es un aumento temporal del dolor de la piel, e incluso puede haber algunas ampollas en la piel. Estos problemas se producen tan raramente que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

Dolor: Es común que los ajustes quiroprácticos, la tracción, la terapia de masajes, ejercicios, etc, para dar lugar a un aumento temporal de dolor en la región tratada. Esto es casi siempre un síntoma temporal que se produce cuando su cuerpo está sufriendo un cambio terapéutico. No es peligroso, pero por favor, dígame a su médico al respecto.

Otros problemas: Puede haber otros problemas o complicaciones que podrían surgir de un tratamiento quiropráctico distintos de los mencionados anteriormente. Estos otros problemas o complicaciones se producen tan raramente que no es posible prevenir y / o explicar a todos antes de tratamiento.

La quiropráctica es un sistema de cuidado de salud y, por tanto, como con cualquier sistema de atención sanitaria no podemos prometer una cura para cualquier síntoma, la enfermedad o condición, como resultado del tratamiento en esta clínica. Nosotros siempre le daremos nuestra mejor atención, y si los resultados no son aceptables, nos referiremos a otro medico que creemos ayudará a su situación.

Si usted tiene alguna duda sobre lo anterior, consulte a su médico. Cuando usted tiene una comprensión completa, por favor firme y ponde la fecha a continuación.

Nombre del paciente Impreso

Fecha

Firma del Paciente

Firma del Padre/Madre/Tutor Menor de Edad