



**Preeti Chopra, MD**  
**Kalani Jose, DC**  
**Allan Laird, DC**  
**Lisa Huebner, DC**  
**Tom Colivas, PA**

**INFORMACION CONFIDENCIAL DE PACIENTES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_  
 Ciudad & Estado: \_\_\_\_\_ Tel del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Tel. de Cel. \_\_\_\_\_  
 SS#: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Direccion del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad & Estado: \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: **M F** Estado Civil: **S C V D**  
 Nombre de esposo y Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Hijos y Edad: \_\_\_\_\_

Como Fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Alguna Vez has ido a un Quiropractico? \_\_\_\_\_ Si es asi Cuando? \_\_\_\_\_

Circule sus quejas y escribe el tiempo que lo ha tenido?

Dolor de cuello / rigidez	_____	Problema de Costillas	_____
Dolores de cabeza	_____	Dolor de cintura baja	_____
Dolor de hombro	_____	Hip/Groin Pain	_____
Brazo / Dolor mano	_____	Dolor de pierna (R/L)	_____
Precion alta / baja	_____	Mareos	_____
Alergias	_____	Dolor de espalda Superior/media	_____

Qué tipo de atención ha recibido ya para su condición?

Quiropractica \_\_\_\_ Masaje \_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_ Cirugia \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Nombre de medicos que han cuidado por usted: \_\_\_\_\_

Circule los condiciones que tiene o ha tenido.

Apendicitis	Bulimia	Cancer	Sangrado	Tumor de seno
Bronquitis	Diabetes	Enfisema	Cataratas	Dependientes Quimicos
Glaucoma	Hernia	Hernia de Disco	Gota	Enfermedades del Corazon
Hepatitis	Herpes	Colesterol Alto	Enfermedad renal	MS
Infecciones virales	TB	Enfermedad del Hgado	Sarampion	Atencion Psiquiatrica
Marcapasos	Parkinson's	Accidente cerebrovascular	Suicide Attempt	Problemas de la tiroides
Peperas	Osteoporosis	Aborto Involuntario	Mono	Polio
SIDA/VIH	Artritis	Asma	Anemia	Anorexia
Tonsillitis	Scarlet Fever	Tumores, crecimientos	Fiebre Tifoidea	Úlceras
Vaginal Infections	Problemas de Vision	Fibromyalgia	Migraña	Accidente cerebrovascular
Varicela	Bocio	Gonorrea	Epilepsia	Fracturas
Tos Ferina	Las infecciones del oído		Otros _____	



**Preeti Chopra, MD**  
**Kalani Jose, DC**  
**Allan Laird, DC**  
**Lisa Huebner, DC**  
**Tom Colivas, PA**

La gran mayoría de nuestros pacientes han participado en docenas de impactos que podría causar subluxación vertebral (desajustes de la columna vertebral); Kalani quiropráctico quiere descubrir cinco de los suyos.

1. Cuándo fue su más reciente Accidente de auto / moto, así como un manejador / pasajero? Fecha: \_\_\_\_\_  
 Círcule: Impacto Mayor / Menor Qué parte del cuerpo te Lastimaste? \_\_\_\_\_ Tratamiento: Médico / quiropráctico.

Cuándo fue el accidente antes de eso? Fecha: \_\_\_\_\_  
 Círcule: Impacto Mayor / Menor Qué parte del cuerpo te lesionan? \_\_\_\_\_ Tratamiento: Médico / quiropráctico

**La Mayoría de los pacientes han tenido algún tipo de lastimadura, caída, resvalo.**

1. Cuándo fue la lesión más reciente? Fecha: \_\_\_\_\_  
 Describe: \_\_\_\_\_  
 Qué parte del cuerpo se se lastimo? \_\_\_\_\_ Tratamiento: Médico / quiropráctico

2. Cuándo fue la lesión más reciente? Fecha: \_\_\_\_\_  
 Describe: \_\_\_\_\_  
 Qué parte del cuerpo se se lastimo? \_\_\_\_\_ Tratamiento: Médico / quiropráctico

3 Cuándo fue la lesión más reciente? Fecha: \_\_\_\_\_  
 Describe: \_\_\_\_\_  
 Qué parte del cuerpo se se lastimo? \_\_\_\_\_ Tratamiento: Médico / quiropráctico

**Por favor anote cualquier cirugía, traumatismos, fracturas, etc, que no se han mencionado anteriormente**

Fecha: \_\_\_\_\_ describe / Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ describe / Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ describe / Tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ describe / Tratamiento \_\_\_\_\_

<b>Ejercicio</b>	<b>Actividad de trabajo</b>	<b>Hábitos</b>
ninguno	Sentado _____ Hrs/Dia	Fuma Paquetes /Dia _____
Moderado	De pie _____ Hrs/Dia	Alcohol Bebidas alcohol / semana _____
diario	Luz. Horas de trabajo _____ Hrs/Dia	Café / Cafeína tazas al día _____
Deportes extremos	Pesado. Horas Laborales _____ Hrs/Dia	Nivel de estrés alto y Motivo _____
Levantamiento de pesas	Otro _____	_____
Otro: _____	_____	Otro _____

**Sólo para Mujeres:** Está embarazada? Si No fecha de Parto \_\_\_\_\_ último período menstrual \_\_\_\_\_



**Preeti Chopra, MD**  
**Kalani Jose, DC**  
**Allan Laird, DC**  
**Lisa Huebner, DC**  
**Tom Colivas, PA**

**Medicamentos / Vitaminas / Yerbas / Minerales**

Por favor anote todos los medicamentos, Vitaminas y suplementos que actualmente esta tomando:

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

**Pregunta Meta: Si usted puede lograr una cosa importante o misión de su vida, cuál sería?**

**PRIMARY INSURANCE:** (Group \_\_\_\_\_ Work Comp \_\_\_\_\_ Auto \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_)

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

1. TODOS LOS CARGOS DE LA PRIMERA VISITA SE PAGAN CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS DEL IMPORTE POR TRATAMIENTO RAYOS X ES UNICAMENTE PARA ANALISIS. POR SE MISMA ESTOS RAYOS X SON PROPIEDAD DE ESAT OFICINA. UNA VEZ QUE LAS RADIOGRAFIAS SE UTILIZAN PARA PROPASITO DE TRATAMIENTO, NO PUEDE SER DE PRENSA SIN SOLICITUD POR ESCRITO.
2. Forma de pago que utilizar para los servicios de hoy en día  
Cash \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ Charge \_\_\_\_\_
3. Por la presente autorizo al médico, y / o sus asociados a examinarme, y para llevar a cabo los procedimientos necesarios de diagnóstico, como radiografías para evaluacion plenamente mi condición para la presencia de una subluxación vertebral..
4. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que las políticas de salud y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo Kalani quiropráctico elaborar los informes necesarios y las formas para que me ayude en la toma de las colecciones de la compañía de seguros. Sin embargo, claramente entiendo y acepta que todos los servicios prestados me pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable por el pago.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Padre/Guardian (*if under 18*)

Authorizando Tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Number de menor: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_



**Preeti Chopra, MD**

**Kalani Jose, DC**

**Allan Laird, DC**

**Lisa Huebner, DC**

**Tom Colivas, PA**

### **TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN**

Cuando un paciente busca atención de la salud quiropráctica y vamos a aceptar pacientes para el cuidado de ellos, es esencial tanto para estar trabajando hacia el mismo objetivo.

**Quiropráctica tiene una sola meta.** Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo y el método que se utilizará para alcanzarlo. Esto evitará cualquier confusión o decepción.

**Ajuste:** El ajuste es la aplicación específica de las fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de la subluxación vertebral. Nuestro método de corrección de la quiropráctica es por los ajustes específicos de la columna vertebral.

**Salud:** Un estado de óptimo bienestar físico, mental y el bienestar social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Subluxación vertebral:** Una desalineación de una o más de la vértebra 24 en la columna vertebral que provoca la alteración de la función nerviosa y la interferencia con la transmisión de impulsos mentales, resultando en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su potencial de salud máximo.

Nosotros no ofrecemos para diagnosticar o tratar cualquier enfermedad o condición que no sea una subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso de un examen espinal quiropráctica, nos encontramos con resultados no quiroprácticos o inusual, le asesoraremos. Si usted desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento de los resultados, le recomendamos que busque los servicios de un proveedor de atención médica que se especializa en esa área. Independientemente de lo que la enfermedad se llama, nosotros no ofrecemos para tratarla. Tampoco le ofrecemos asesoramiento en relación con el tratamiento prescrito por los demás.

**NUESTRO OBJETIVO** Sólo la práctica es eliminar una interferencia importante para la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método de ajuste es específico para corregir las subluxaciones vertebrales.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entendido el  
(Nombre)

declaraciones anteriores. Todas las preguntas sobre los objetivos de los médicos relacionados con mi atención en esta oficina han sido contestadas a mi entera satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica, sobre esta base.

---

**Firma del Paciente**

---

**Fecha**



**Preeti Chopra, MD**

**Kalani Jose, DC**

**Allan Laird, DC**

**Lisa Huebner, DC**

**Tom Colivas, PA**

### **Consentimiento Informado para Cuidado Quiropráctico**

Paciente: Por favor, cualquier pregunta o preocupación con el médico antes de firmar este consentimiento.

Por la presente solicitud y consentimiento para la realización de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo diversas modalidades de fisioterapia y de diagnóstico de rayos X, sobre mí (o por debajo de la llamada menor de edad en la que soy legalmente responsable) por el Dr. José G. Kalani, su personal, y / o sus asociados.

#### **La naturaleza del ajuste quiropráctico**

Voy a usar mis manos o un dispositivo mecánico sobre su cuerpo de tal manera que para mover las articulaciones. Esto puede causar un sonido de "pop" o "clic", todo lo que han experimentado al "pop" con los nudillos. Usted puede sentir una sensación de movimiento.

#### **El material de los riesgos inherentes a El ajuste quiropráctico**

Como con cualquier procedimiento médico, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante un ajuste quiropráctico. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensiones musculares, y los accidentes cerebrovasculares. Algunos pacientes se sienten un poco de rigidez y el dolor después de los primeros días de tratamiento.

#### **La probabilidad de estos riesgos que Ocurren**

Las fracturas son ocurrencias muy raras y, en general el resultado de una debilidad subyacente del hueso que comprobar si durante la toma de su historia y durante el examen y radiografías. Carrera ha sido objeto de desacuerdo enorme dentro y fuera de la profesión con una autoridad importante decir que hay más en una probabilidad de uno en un millón de tal resultado. Puesto que incluso que el riesgo debe ser evitado, buscamos los factores de riesgo y se realizan pruebas para determinar si pueden ser susceptibles a este tipo de lesiones, si es necesario. Las otras complicaciones también son descritos generalmente como "rara".

#### **El tratamiento auxiliar**

Además de los ajustes quiroprácticos, se le puede dar instrucciones a casa para utilizar los tratamientos siguientes, con los riesgos asociados:

Calor ~ riesgo de 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> grado quemaduras, hemorragias

La crioterapia (compresas frías) ~ riesgo de reacciones cutáneas

Terapia de disparo Point ~ riesgo de hematomas, la liberación de émbolos

Masaje ~ riesgo de trombosis venosa profunda

#### **La disponibilidad y la naturaleza de las otras opciones de tratamiento**

Otras opciones de tratamiento para su condición pueden incluir:

Administrados Auto-over-the-analgésicos de venta libre y de descanso

La atención médica con los medicamentos recetados

hospitalización

cirugía



**Preeti Chopra, MD**

**Kalani Jose, DC**

**Allan Laird, DC**

**Lisa Huebner, DC**

**Tom Colivas, PA**

**Los riesgos materiales inherentes a esas opciones, y la probabilidad de riesgos que ocurran tales  
Incluya:**

El abuso de medicamentos de venta libre produce efectos secundarios indeseables. Si el reposo completo a cambio de poco práctico, prematura a las tareas del trabajo y del hogar pueden agravar la condición y extender el tiempo de recuperación. La probabilidad de que surjan complicaciones depende de la salud general del paciente, la gravedad de las molestias del paciente, su / su tolerancia al dolor, y la autodisciplina no se está abusando de la medicina. La literatura profesional se describen efectos muy indeseables del uso a largo plazo de un exceso de medicamentos de venta libre.

Los relajantes musculares recetados y los analgésicos pueden producir efectos no deseados y la dependencia del paciente. El riesgo de complicaciones que surjan este tipo depende de la salud general del paciente, la gravedad de las molestias del paciente, su / su tolerancia al dolor, la auto-disciplina en no abusar de la medicina, y la supervisión profesional adecuada.

Hospitalización en conjunto con otro tipo de atención lleva a nuevos riesgos de la exposición a las enfermedades transmisibles, contratiempo iatrogénica (médico inducido), y los gastos. La probabilidad de accidente es remota iatrogénica, el gasto es cierto, la exposición a las enfermedades transmisibles es probable que con el resultado adverso de tal exposición depende de variables desconocidas.

Los riesgos inherentes a la cirugía incluyen la reacción adversa a la anestesia, contratiempo iatrogénica, todos los de hospitalización y un período de convalecencia prolongada. La probabilidad de estos riesgos que se producen varía en función de muchos factores.

**Los riesgos y peligros de operadora Para restante no se trata**

Permanecer sin tratamiento permite la formación de adherencias y reduce la movilidad, que establece una reacción de dolor que reduce aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, por lo que es más difícil y menos eficaz cuanto más se pospone. La probabilidad de que no se compliquen un tratamiento posterior rehabilitación es muy alta.

He leído la explicación anterior del ajuste de la quiropráctica y el correspondiente tratamiento. Lo he discutido con mi médico y haber tenido todas las respuestas a mis preguntas a mi satisfacción. Al firmar abajo, declaro que he sopesado los riesgos que implica someterse a un tratamiento y me he decidido que es mejor para mí (o dijo que el interés del menor) para someterse al tratamiento recomendado. Yo reconozco que no hay garantía o seguridad en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de este tratamiento se le ha dado.

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente



**Preeti Chopra, MD**  
**Kalani Jose, DC**  
**Allan Laird, DC**  
**Lisa Huebner, DC**  
**Tom Colivas, PA**

**Reconocimiento de Privacidad del Paciente**

**Yo reconozco que he leído y entendido la Notificación de prácticas de privacidad de la de Kalani quiropráctica. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Además, entiendo que este aviso puede ser modificada sin previo aviso para mí.**

---

Nombre Completo Del Paciente

---

Firma Del Paciente

---

Fecha

---

**Firma del Representante Personal**

(si Firmando por un menor de edad, yo tengo autoridad para hacerlo)