



P 302 407 3549 • F 302 515 0768 • WilmingtonChiroCare@Gmail.com

305 N Union Street, Suite 110, Wilmington, Delaware 19805

Formulario de Ingreso de Nuevo Paciente

Fecha de hoy

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

SS #

Dirección

Teléfono *

Número de emergencia

Examen(es) solicitados

Número de identificación del seguro médico

¿Reportó este accidente a su seguro de automóvil?

Compañía de seguros de automóvil (anote su seguro)

Número de reclamo MVA (anote el número de reclamo que le dio su seguro)

Fecha de lesión y estado

Compañía de compensación laboral

Número de reclamo de compensación laboral

Nombre del ajustador y número de teléfono

Número de fax del abogado

Nombre del contacto que refiere



Nombre del paciente

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Nombre del cónyuge

Edad del cónyuge

Nombres y edades de los hijos

Nombre del empleador

Ocupación

Nombre del seguro médico

Número de póliza/reclamo

Nombre de quiroprácticos anteriores

¿Quién lo refirió?

Abogado

Motivo de la visita



¿Qué accidentes ha tenido? (incluya las fechas)

Enumere cualquier fractura o cirugía mayor o menor que haya tenido (incluya las fechas)

Medicamentos actuales

Firma del paciente:

[Clear](#)



New Patient Questionnaire – Auto-Accident

Nombre del paciente

Fecha de hoy

Fecha en que ocurrió o comenzó el accidente

Hora del día en que ocurrió o comenzó el accidente

Describa cómo ocurrió el accidente

Describa la condición o los síntomas causados por el accidente

Información específica sobre accidentes automovilísticos

¿Fue usted el/la...?

conductor

pasajero

peatón

ciclista

Automóvil en el que estaba

Año

Value

Marca

Value

Modelo

Value

Daños a su automóvil

Delantero

trasero

peatón

lado del conductor

lado del pasajero

parachoques

guardabarros

menor

mayor

pérdida total

moderado

no estoy seguro

Estimación del monto de los daños

\$

Value

Otro automóvil

Año

Value

Marac

Value

Modelo

Value

Daños al otro automóvil

- Delantero
- trasero
- peatón
- lado del conductor
- lado del pasajero
- parachoques
- guardabarros
- menor
- mayor
- pérdida total
- moderado
- no estoy seguro

¿Dónde ocurrió el accidente?

Nombre de las calles

Ciudad/Estado

¿Fue...?

- Intersección controlada
- Sin control
- No es una intersección

¿Había un semáforo?

- Ninguno
- verde
- rojo
- flecha de giro
- señal de alto

¿Usted estaba...?

- Moviéndose despacio
- en movimiento
- detenido

Condiciones climáticas

- Soleado
- lluvioso
- nublado

Superficie de la calle

- Seca
- mojada
- resbaladiza
- helada
- pavimento
- otra (especifique)

otra

Tipo de impacto

- Por alcance
- delantero
- lateral
- volcadura

Frenos al momento del impacto

- Bloqueados
- aplicados ligeramente
- pie fuera del freno

¿Qué distancia recorrió su automóvil?

- No se movió
- Se movió 1-5 pies
- Se movió 6-10 pies
- Se movió más de 10 pies

¿Dónde estaba sentado(a) en el vehículo?

Usas el cinturón

- Si
- No

Cinturón de hombro

- Si
- No

Posición del reposacabezas

- Arriba
- Abajo

¿El carro tiene bolsas de aire?

- Si
- No

¿Se desplegaron?

- Si
- No

¿Viste venir el impacto?

- Si
- No

¿Te preparaste para el impacto?

- Si
- No

En el impacto, tu cabeza estaba mirando

- Adelante
- Atras
- Hacia arriba
- Hacia abajo
- A la derecha
- A la izquierda

En el impacto, estabas tú...

- Lanzado hacia adelante
- Lanzado hacia atras
- Lanzado hacia un lado
- Otro (especificar)

Otro

¿Tu cuerpo golpeó algo dentro del carro?

- Si
- No

¿Si es así, qué parte del cuerpo?

¿Qué golpeó?

¿Trauma en la cabeza?

Si

No

¿Perdida de conciencia?

Si

No

¿Por cuánto tiempo?

¿Recuerdas cuando pasó el accidente?

Si

No

Hospital?

Si

No

Nombre del hospital

¿Cuánto tiempo allí?

¿Llevado en ambulancia?

Si

No

¿Rayos X tomados?

Si

No

Áreas de rayos X

Cuello

Media espalda

Espalda baja

Otros rayos X

Otro

¿Medicamento dado?

Si

No

RX

Otras instrucciones

Seguimiento

Información adicional relacionada con la condición

Describe tu dolor

Agudo

Sordo

Punzo

Doloroso

- Irradiante
- Ardor
- Pulsante
- Entumecimiento

¿Qué lo causó?

¿Qué lo empeora?

¿Qué lo alivia?

¿El paciente ha tenido la misma o una condición o síntomas parecidos antes de este último episodio?

Si

No

¿Cuándo?

Describa

Por favor indique cualquier otro proveedor de salud que el paciente haya visto por la condición o síntomas

Nombre

Tipo de licencia

Fecha de la última visita

¿Has faltado al trabajo o a la escuela por tus lesiones?

Si

No

¿Fumas?

Si

No

¿Si es así, cuántas cajetillas?

¿Bebes?

Si

No

¿Si es así, cuántos tragos?

Notas

Historial médico

¿Has venido antes a nuestra oficina?

Si

No

Enumere cualquier accidente previo (automóvil, lesiones en el trabajo, resbalones, caídas, deportes, etc.) y proporcione la fecha del accidente:

1

Value

2

Value

3

Value

Cirugías/Hospitalizaciones

Alergias (por favor enumere todas)

Enumere todos los medicamentos que está tomando ahora y por qué



P 302 407 3549 • F 302 515 0768 • WilmingtonChiroCare@Gmail.com

305 N Union Street, Suite 101B, Wilmington, Delaware 19805

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAR

Por favor lea toda esta sección antes de firmar. Es importante que usted entienda la información en esta sección. Si algo no está claro, haga preguntas antes de firmar.

NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO PARA SER TRATADO HASTA QUE HAYA LEÍDO, ENTENDIDO Y PREGUNTADO CUALQUIER DUDA QUE TENGA!

Riesgos de la manipulación y terapia quiropráctica:

Como en cualquier procedimiento de salud, existen ciertas complicaciones que pueden presentarse durante o después de la manipulación quiropráctica de la columna y/o las extremidades y con el uso de tratamientos de terapia física. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: **fracturas de huesos, lesiones de discos en la columna, dislocaciones de articulaciones, lesiones musculares, lesiones de nervios, lesiones de costillas y empeoramiento de**

los síntomas. Estas complicaciones se describen generalmente como raras. La manipulación del cuello se ha asociado con lesiones en las arterias del cuello que pueden llevar o contribuir a complicaciones graves, incluyendo un derrame cerebral. Los casos de derrame cerebral son extremadamente raros y se estima que ocurren entre uno en un millón o menos de ajustes de cuello. Habiendo sido informado de estos factores de riesgo, por la presente declaro que entiendo los términos usados en el párrafo anterior y doy mi consentimiento para recibir tratamiento quiropráctico.

Nombre del paciente/tutor en letra de molde

Fecha

Firma del paciente/tutor

[Clear](#)

Relación con el paciente

He respondido a todas las preguntas sobre el consentimiento para tratar

Firma del doctor

[Clear](#)



Nombre

Fecha

LIBERACION DE REGISTROS

Yo, por la presente autorizo a Wilmington Chiropractic Care, LLC a divulgar mis registros médicos y de facturación a cualquiera de sus compañías de facturación, abogados, ajustadores, etc., con el único propósito de lograr que mi cuenta sea pagada.

Firma del paciente

[Clear](#)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Yo, por la presente autorizo a Wilmington Chiropractic Care, LLC y a sus asistentes a realizarme un examen médico, terapia física, cuidado quiropráctico y pruebas de diagnóstico.

Firma del paciente

[Clear](#)

Fecha

CESIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que mi compañía de seguros puede no aceptar la cesión. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagarme directamente por los servicios recibidos de Wilmington Chiropractic, LLC. También entiendo que es mi responsabilidad entregar estos cheques y todas las explicaciones de beneficios a Wilmington Chiropractic Care, LLC inmediatamente después de recibirlos. Entiendo que es ilegal que yo cobre o deposite el cheque del seguro que reciba por los servicios de estos proveedores, especialmente cuando no he pagado personalmente por dichos servicios. Entiendo que si no entrego los cheques de estos servicios, será mi responsabilidad pagar mi saldo completo por todos los servicios prestados. Sé que tendré cinco días hábiles para liquidar mi cuenta antes de que comiencen procedimientos legales. Si mi cuenta no se liquida, también seré responsable de cualquier costo adicional, como gastos de corte y honorarios legales. Entiendo que los servicios prestados hoy pueden ser pagados en más de un cheque, y acepto entregar TODOS los cheques relacionados con el tratamiento de hoy y de futuro a Wilmington Chiropractic Care, LLC. Firmo este acuerdo de manera voluntaria.

Firma del paciente

[Clear](#)

Fecha

PODER NOTARIAL

Autorizo expresamente y otorgo poder notarial a Wilmington Chiropractic Care, LLC y a sus agentes de facturación para firmar y completar cualquier formulario relacionado con mis reclamaciones y endosar cualquier cheque a mi nombre, con el fin de procesar o realizar el pago de las reclamaciones por los cargos incurridos en estas oficinas. Además, estas oficinas reconocen que solo tienen derecho a recibir pago por los cargos que se generaron en su oficina, y cualquier pago en exceso será reembolsado de manera adecuada y oportuna.

Firma del paciente

[Clear](#)

Fecha

Wilmington Chiropractic Care

Submit