

**ADVANCED**  
SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

# APLICACIÓN DEL PACIENTE

## BIENVENIDO

### Bienvenidos a nuestro centro de medicina física y rehabilitación espinal.

Nos especializamos en ayudar a nuestros pacientes a obtener mayor nivel de salud utilizando corrección postural, vertebral y funcional individualizada. Nuestro enfoque es muy singular y diferente a otra medicina física, oficinas de terapia quiropráctica, o fisiatras tradicionales. Nuestra perspectiva integrada permite a nuestros pacientes lograr resultados muy superiores en comparación con la mayoría de los otros sistemas. Por favor llene la siguiente solicitud a fondo para que el médico pueda decirle si usted es un caso que podemos aceptar, ya que no aceptamos todos los casos. Por favor, siéntese libre de hacer cualquier pregunta si necesita ayuda. ¡Esperamos poder servirle a usted!

CONOCER AL EQUIPO



David R. Golan, MD



Jason O. Jaeger, DC fCBP



John Brown, DC

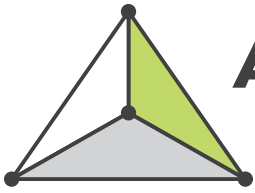


Creig Christensen, DC



Mike Jonak, MD

Firma De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## ENCUESTA DE SOLICITUD PARA PACIENTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género:  M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_ Numero De Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero De Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero De Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ #Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V

Raza/Etnicidad:  Africano Americano  Arabe  Asiático  Caucásico  Hispano  Nativo Americano  Otro

Estatura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre De Empleador: ( ) \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_ ¿Como fue referido? \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

### PROPÓSITO DE VISITA

(\*Por favor enumere en orden de importancia)

Sintoma principal / Motivo de la visita:	Fecha cuando empezó condición:	¿Ha tenido esto antes?	¿Lesion Relacionada?
1. _____	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. _____	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. _____	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### EXPERIENCIA CON MEDICINA FÍSICA

A sido atendido en un lugar de medicina fisica antes?  Si  No Con Quien? \_\_\_\_\_

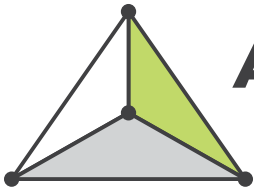
Fecha? \_\_\_\_\_ Motivo de consulta? \_\_\_\_\_ Como reacciono? \_\_\_\_\_

Ha sido atendido por un quiropractico antes?  Si  No Con Quien? \_\_\_\_\_

Fecha? \_\_\_\_\_ Motivo de consulta? \_\_\_\_\_ Como reacciono? \_\_\_\_\_

Ha sido atendido por un fisioterapeuta antes?  Si  No Con Quien? \_\_\_\_\_

Fecha? \_\_\_\_\_ Motivo de consulta? \_\_\_\_\_ Como reacciono? \_\_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## PROVEEDORES GENERALES DE SALUD

Nombre de Proveedor Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## OTROS PROVEEDORES DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Alergias Medicas y Reaccion: \_\_\_\_\_

Lesiones o traumas mayores y fecha: \_\_\_\_\_

Cirujias previas y fecha: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones previas y fecha: \_\_\_\_\_

En relacion a su condicion presente, cuales tratamientos o estudios ha intentado?: \_\_\_\_\_

Nombres de medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

Medicamentos no recetados & suplementos (vitaminas, hierbas, etc.): \_\_\_\_\_

## ESTILO DE VIDA E HISTORIAL SOCIAL

Hace ejercicio?  Si  No Frecuencia? 1x  2x  3x  4x  5x  por semana Otro: \_\_\_\_\_

Cuales actividades?  Correr  Caminar  Entrenamiento con pesas  Ciclismo  Yoga  Pilates

Natacion  Otro: \_\_\_\_\_

Se considera...?  Bajo de Peso  Peso Normal  Sobre Peso  Obeso  Obesidad Severa

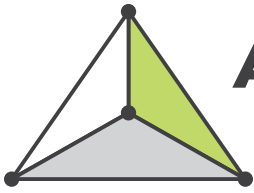
Fuma cigarrillos?  Si  No Cantidad? \_\_\_\_\_ por  dia  semana  mes  año

Usas drogas recreativas?

Si  No Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad? \_\_\_\_\_ por  dia  semana  mes  año

Bebes alcohol?  Si  No Cantidad? \_\_\_\_\_ por  dia  semana  mes  año

Bebes cafe?  Si  No Cantidad? \_\_\_\_\_ por  dia  semana  mes  año



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## CONDICIONES DE SALUD

*(Porfavor verifique los problemas que esta experimentando actualmente)*

**GENERAL:**  Baja energia /fatiga  Espasmo muscular  Nausea  Mareos  Dolor de cabeza

Ansiedad  Disfuncion de la articulacion temporomandibula  Alteracion del sueno  Depresion

Irritabilidad  Ronquidos

**FUNCION DEL INTESTINO Y VEJIGA:** *Si usted ha tenido algun cambio en su funcion intestinal o de la vejiga, usted*

Orina con mas frecuencia  Perdida de control o accidentes  Tener un sentido de urgencia

Tiene problemas con funcion sexual  Tiene una perdida dela sensibilidad alrededor de la ingle o las nalgas

Estrenimiento  Diarrea  Vejiga recurrente/infecciones del tracto urinario

**NEUROLOGICO/ORTOPEDICO:**  Dolor de cuello  Dolor de espalda superior  Dolor de hombro

Escoliosis  Dolor de espalda media  Espalda baja  Dolor en las costillas/pecho

Calambres musculares/espasmos  Dolor en hombros/brazos/manos  Debilidad en brazos/manos

Entumecimiento/hormigueo en brazos/manos  Dolor en las caderas/piernas/pies

Debilidad en piernas  Osteoporosis  \*Artritis  \*Convulsiones

**OTRO:**  \*Problemas inmune  \*Enfermedad Infecciosa (e.g, HIV/AIDS, Hep C)  Mareos/desmayos

Manos/pies frias  \*Alteraciones visuales  \*Alteraciones de audicion  \*Condiciones de la tiroides

Dolor con la respiracion  Sinusitis  Palpitaciones del corazo  Dificultad para respirar

Alta presion  \*Soplos cardiacos  Asma  Colesterol alto  \*Enfermedad del rinon  Diabetes

Ulceras/gastritis  Indigestion/Acidez  Hipoglucemia  Problemas de vesicula biliar  Reflujo

\*Esfermedad del higado  \*Desorden sangrante  Apnea del sueno  \*Enfermedad del pulmon

\*Por favor, explique las condiciones de salud mencionados anteriormente, segun sea necesario:

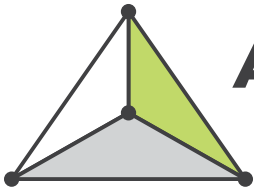
---

Por favor, indique las condiciones de salud no mencionadas anteriormente: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido diagnosticado con cancer?  Si  No En caso afirmativo, explicar:

---

---



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd, Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## IMPACTO FUNCIONAL

Cuales actividades de su vida diaria an sido afectadas por su condicion presente? \_\_\_\_\_

Si tuviera que describir como esta condicion limita su capacidad para realizar estas actividades (0% es completamente incapaz de hacer, 100 % siendo completamente no afectado), cual porcentaje describe su capacidad? \_\_\_\_%

## HISTORIAL DE SALUD PERSONAL Y FAMILIAR

Usted o alguno de sus familiares directos ha tenido lo siguiente:

- Enfermedad de salud mental
- Problemas neurologicos
- Enfermedad de pulmon
- Tiroides
- Artritis
- Problemas circulatorios
- Problemas del sistema inmune
- Dolor de espalda
- Cancer
- Escoliosis
- Enfermedad del corazon
- Stroke
- Enfermedad del corazon
- Diabetes
- Migranas
- Osteoporosis
- Desorden del sistema digestivo
- Enfermedad Infecciosa
- Convulsiones
- Hgado
- Otro: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE QUEJAS PRIMARIAS

Es la primera vez que ha tenido estos sintomas?  Si  No Si la respuesta es no, cuando fue la primera vez que tuvo los mismos sintomas? \_\_\_\_\_

Como ocurrio el episodio actual de dolor/malestar? \_\_\_\_\_

Como ocurrio el primer episodio de dolor /maslestar? \_\_\_\_\_

**COMO DESCRIBIRIA SU DOLOR?** *Porfavor describa su dolor en las ultimas 2 semanas en cada zona dolorida*

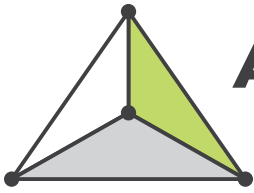
Dolor Ubicación: \_\_\_\_\_  Constante  Frecuente  ocasional  Pocas veces

Ahora mismo: \_\_\_\_\_ /10 (La intensidad del dolor: Si 10 es el peor dolor imaginable, y 0 es ausencia de dolor)

Calidad del dolor:  Dolor sordo  Adolorido  Rígido  Intenso  Latidos  Gira  Apuñalando

Gira con el movimiento  Ardor  Constrictivo  Presión  Molesto  Apretado  Insoportable

Otro: \_\_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

Continuación de la página anterior

Dolor Ubicación: \_\_\_\_\_  Constante  Frecuente  ocasional  Pocas veces  
Ahora mismo: \_\_\_\_\_ /10 (La intensidad del dolor: Si 10 es el peor dolor imaginable, y 0 es ausencia de dolor)  
El dolor de la calidad:  Dull  Achy  Rígido  Intenso  Latidos  Gira  Apuñalando  
 Gira con el movimiento  Burning  Constrictivo  Presión  Molesto  Tight  Insoportable  
 Otro: \_\_\_\_\_

Dolor Ubicación: \_\_\_\_\_  Constante  Frecuente  ocasional  Pocas veces  
Ahora mismo: \_\_\_\_\_ /10 (La intensidad del dolor: Si 10 es el peor dolor imaginable, y 0 es ausencia de dolor)  
El dolor de la calidad:  Dull  Achy  Rígido  Intenso  Latidos  Gira  Apuñalando  
 Gira con el movimiento  Burning  Constrictivo  Presión  Molesto  Tight  Insoportable  
 Otro: \_\_\_\_\_

**IRRADIANDO:** ¿Su dolor parece irradiar de la zona primaria:  Si  No En caso afirmativo, ¿de dónde viene el dolor irradia a? \_\_\_\_\_

**ENTUMECIMIENTO / HORMIGUEO (ALFILERES Y AGUJAS):** ¿En la actualidad experimenta entumecimiento y hormigueo o en cualquier lugar?  Si  No Por favor describa dónde y cuando siente estos síntomas:  
\_\_\_\_\_

**CUANDO ES SU DOLOR / MOLESTIA PEOR:**

- No parece ser afectado por la hora del día
- En la mañana  Mientras se está despierto
- Por la tarde  Durante el sueño
- Por la noche

**CUANDO SU DOLOR / MOLESTIA MEJOR:**

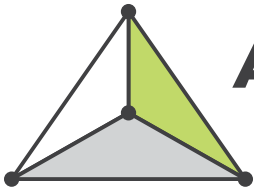
- No parece ser afectado por la hora del día
- En la mañana  Mientras se está despierto
- Por la tarde  Durante el sueño
- Por la noche

**¿LO QUE DISMINUYE EL DOLOR / SÍNTOMAS? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):**

- Nada  De Tracción  Estimulación eléctrica  Hielo  Calor  Masajes/Frotar  Ejercicio/Actividad
- Sentado  "Taponamiento" de las articulaciones  De pie  En el resto  El estiramiento
- Acostado/Acostandose  Refuerzo/Cinta  Terapia de inyecciones
- Otro: \_\_\_\_\_  Medicamentos: \_\_\_\_\_

**¿QUÉ AUMENTA SU DOLOR / SÍNTOMAS? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):**

- Tos  Estornudos  Tironeo hacia abajo  Relaciones sexuales  En funcionamiento  De pie
- De elevación  Doblado  Si pulsa  Tirando  Conducción  Sentado  Corta  Acostandose
- Cabeza movimiento  Lumbar movimiento  Otro: \_\_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## INFORMACIÓN FINANCIEROS Y DE SEGUROS OBLIGACIÓN

¿Tienes seguro?  Si  No Política #: \_\_\_\_\_ Política de grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro secundario?  Si  No Política #: \_\_\_\_\_ Política de grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de asegurado: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Los accidentes de automóviles, lo que es el nombre de su Compañía de Seguros?

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Política de reclamación Número: \_\_\_\_\_

Para Accidentes del trabajo, ¿cuál es su empleador Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Reivindicación#: \_\_\_\_\_

Si conoce, Compañía de Seguros? \_\_\_\_\_

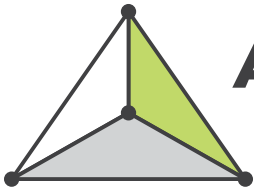
### ADEMÁS DE USTED, ¿QUIÉN MÁS DEBERÍA RECIBIR CARGOS EN SU CUENTA? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

Cónyuge  Padre/Tutor  Los trabajadores comp  Seguro de auto  Medicare  Seguro de salud personal

Al firmar abajo, yo verifico que entiendo claramente que toda la cobertura de los seguros, ya sea en relación de accidentes de auto, trabajo, o la cobertura general es un acuerdo entre mi seguro y yo. Si esta oficina decide facturar cualquier servicio a mi compañía de seguros, esto se hace estrictamente para mi conveniencia y cortesía. Esta oficina puede proporcionar informes necesarios sujetos a tarifas de servicio razonables para ayudar en el reembolso del seguro de los servicios, pero entiendo que las compañías de seguros pueden negar mis alegaciones y que yo ultimadamente soy responsable de los saldos pendientes. Cualquier dinero recibido se acreditará a mi cuenta. Entiendo que puede haber algunos servicios que mi compañía de seguros no cubre, si este es el caso, yo estoy dispuesto a pagar por estos servicios.

También entiendo que se me cobrará \$25 por cualquier y todas las citas programadas que se pierden sin ponerse en contacto con la oficina con tiempo avanzado. Esta cuota por visita perdida no será cubierto por el seguro y debe ser pagado antes de la próxima visita programada.

Firma De Paciente/o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## PARA EL PACIENTE QUE UTILIZA EL LIEN MÉDICO

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a mi abogado \_\_\_\_\_,  
a pagar cargos en su totalidad sin reducción ni solicitud de reducción a Advanced Spine and Posture.

Firma De Paciente/o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

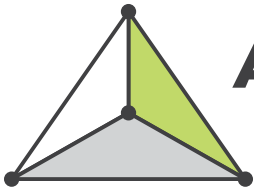
## TAUTORIZACIÓN FORMULARIO DE CUIDADO DE LA SALUD (HIPAA )

LA SIGUIENTE AUTORIZA ADVANCED SPINE AND POSTURE DE USAR Y / O DIVULGAR INFORMACIÓN PRO-  
TEGIDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

Yo doy permiso a Advanced Spine and Posture de utilizar mi nombre, dirección, números de teléfono y los registros clínicos de contactarme con tarjetas de cumpleaños, tarjetas festivas/feriadas, mensajes relacionados con la salud y la información sobre tratamientos alternativos o otra información así como cualquier anuncio, boletines de noticias o publicaciones, paciente de la semana /mes. Yo doy permiso para Advanced Spine and Posture a tratarme en una habitación abierta donde otros pacientes también están siendo tratados. Soy consciente de que otras personas en la oficina pueden escuchar algunas de mis datos personales de mi salud durante el curso de mi tratamiento. Si necesito hablar con un médico o asistente en privado, el médico o el asistente proporcionarán una habitación privada para estas conversaciones sólo con cita previa. Firmando al siguiente usted está dando permiso a Advanced Spine and Posture para usar y divulgar su información de salud protegida de conformidad con las directivas mencionadas anteriormente.

Firma De Paciente/o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_





# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo y he estado siempre con un aviso de prácticas de información que me proporciona una descripción más completa de información de usos y revelaciones; Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento y el derecho a oponerse al uso de mi información de atención médica para el propósito directorio.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada en esta oficina para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Firma De Paciente/o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACION Y CONSENTIMIENTO ADVANCED SPINE & POSTURE

Por favor, lea este documento y discuta cualquier pregunta o preocupación antes de firmarla. Es importante que entienda la información contenida en este documento.

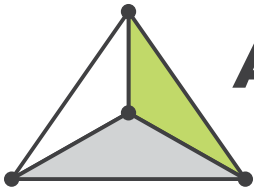
### AUTORIZACIÓN DE CUIDADOS

Autorizo y estoy de acuerdo para permitir que el médico, enfermera, fisioterapeuta, pasante quiropráctica, y / o asistentes (s) para el uso de un examen físico, rayos X y resonancia magnética, / o fisioterapia funcional, ajustes de la columna, ejercicios estructurales y de rehabilitación (en la oficina y en casa), tracción, inyecciones y otros métodos para el único propósito de mejorar postural y estructural en la función neurológica y biomecánica relacionada. Entiendo que soy responsable de todos los gastos incurridos por los servicios prestados, y estoy de acuerdo para garantizar el pago completo de todos los cargos. Los proveedores de atención médica y / o asistentes no se hace responsable de cualquier problema de salud o diagnósticos que son pre-existente, dada por otro profesional del cuidado de la salud, o no están relacionados con las condiciones estructurales de la columna vertebral diagnosticados en esta clínica. También entiendo claramente que si no sigo los proveedores de atención médica y / o auxiliares de recomendaciones específicas en esta clínica que no voy a recibir el beneficio completo de este programa, y que si yo termino mi cuidado antes de tiempo que todos los gastos incurridos será exigible y a pagar en ese momento. Los descuentos son a discreción del PC Advanced y no manteniendo su contrato de plan de tratamiento puede resultar en cargos completos si son aplicables. Autorizo la cesión de todos los beneficios de seguro se dirige a Advanced Spine and Posture para todos los servicios prestados.

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma tutor / Autorización del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## RADIOGRAFÍA DE CONSENTIMIENTO

Con el fin de determinar mejor la causa y el alcance de mis problemas de columna subyacentes, doy mi consentimiento para Advanced Spine and Posture y ayudantes para tomar columna vertebral u otras radiografías pertinentes cuando se considere clínicamente necesario a través de una historia / examen médico y quiropráctico y de acuerdo con la clínica indicaciones de uso publicados en la práctica clínica PCCRP (2009).

Firma De Paciente/o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**MUJERES:** Declaro de estar segura que no estoy embarazada en este momento. \_\_\_\_ (inicial).

## ANÁLISIS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS

Como parte del análisis, examen y tratamiento de su condición, usted está consintiendo a los siguientes procedimientos. *Por favor iniciales en cada área a continuación:*

Ajuste espinal / terapia de manipulación \_\_\_\_

La crioterapia (hielo) \_\_\_\_

Examen de rango de movimiento \_\_\_\_

El examen físico \_\_\_\_

La prueba de fuerza muscular \_\_\_\_

Los signos vitales \_\_\_\_

Estudio radiográfico / de rayos X \_\_\_\_

Examen neurológico \_\_\_\_

La palpación (examen del cuerpo mediante el tacto) \_\_\_\_

Estimulación Eléctrica, muscular y / o articular \_\_\_\_

Examen ortopédico \_\_\_\_

Examen de Sangre \_\_\_\_

Análisis postural \_\_\_\_

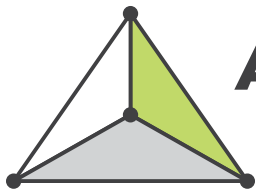
Velocidad de conducción nerviosa (NCV / EMG) \_\_\_\_

## LA NATURALEZA DEL AJUSTE QUIROPRÁCTICO

Uno de los tratamientos primarios utilizados por un Doctor en Quiropráctica es el ajuste vertebral o terapia de manipulación espinal. Vamos a utilizar este tipo de procedimiento con usted. Podemos usar las manos o con un instrumento mecánico sobre su cuerpo de una manera tal como para mover las articulaciones. Esto puede causar un “pop” audible o “clic” al igual que uno experimenta de nudillos “chasquido”. Se puede sentir una sensación de movimiento.

## EL MATERIAL DE LOS RIESGOS INHERENTES EN EL AJUSTE VERTEBRAL Y / O CONJUNTA

Al igual que con cualquier procedimiento de cuidado de la salud, hay ciertas complicaciones que puedan surgir con ajuste / manipulación y tratamiento. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: fractura, lesión del disco, la dislocación, la tensión muscular, mielopatía cervical, cepas costovertebrales y separaciones, y quemaduras. Algunos tipos de ajuste / manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen a, o que contribuyen a complicaciones graves, como accidente cerebrovascular. Algunos pacientes se sienten un poco de rigidez y el dolor después de los primeros días de tratamiento. Esto



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

es similar a el dolor asociado con la elaboración y la respuesta “ácido láctico”. Haremos todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contradicciones a la atención; Sin embargo, si usted tiene una condición que de otro modo no sería llamado nuestra atención, es su responsabilidad informarnos.

## LA PROBABILIDAD DE QUE OCURRAN ESTOS RIESGOS

Las fracturas son ocurrencias raras y en general el resultado de una debilidad subyacente del hueso que se comprueba durante su historia, examen y en la radiografía. Accidente cerebrovascular ha sido objeto de gran desacuerdo. La incidencia de accidente cerebrovascular son muy poco frecuentes y se estima que ocurren entre uno en un millón a uno de cada cinco millones de ajustes cervicales. Las otras complicaciones también se describen como generalmente raros.

## LA DISPONIBILIDAD Y LA NATURALEZA DE OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Otras opciones de tratamiento para su condición pueden incluir: autoadministrado, tratamientos de venta libre / medicamentos, Los medicamentos y los medicamentos recetados, Hospitalización y Los procedimientos quirúrgicos.

## EL ASISTENTE DE RIESGOS Y PELIGROS DE PERMANECER SIN TRATAR

Restante no tratada puede permitir la formación de adherencias conjuntos, y movilidad reducida que puede conducir a una reacción de dolor y la movilidad reducida aún más. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento por lo que es más difícil y menos eficaz el cuidado ya se pospondra.

## NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIORMENTE

He leído o se me ha leído la explicación mencionada del ajuste / manipulación y tratamiento. He discutido alguna pregunta con el proveedor encargado del caso (MD, médico de la enfermera, quiropráctico, quiropráctica o pasante) y he tenido mis preguntas contestadas a mi satisfacción. Al firmar abajo declaro que he sopesado los riesgos que implica someterse a tratamiento y he decidido que es en mi mejor interés para someterse al tratamiento recomendado. Después de haber sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para el tratamiento.

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

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Firma tutor / Autorización del cónyuge: \_\_\_\_\_

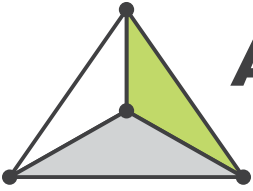
Firma de proveedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

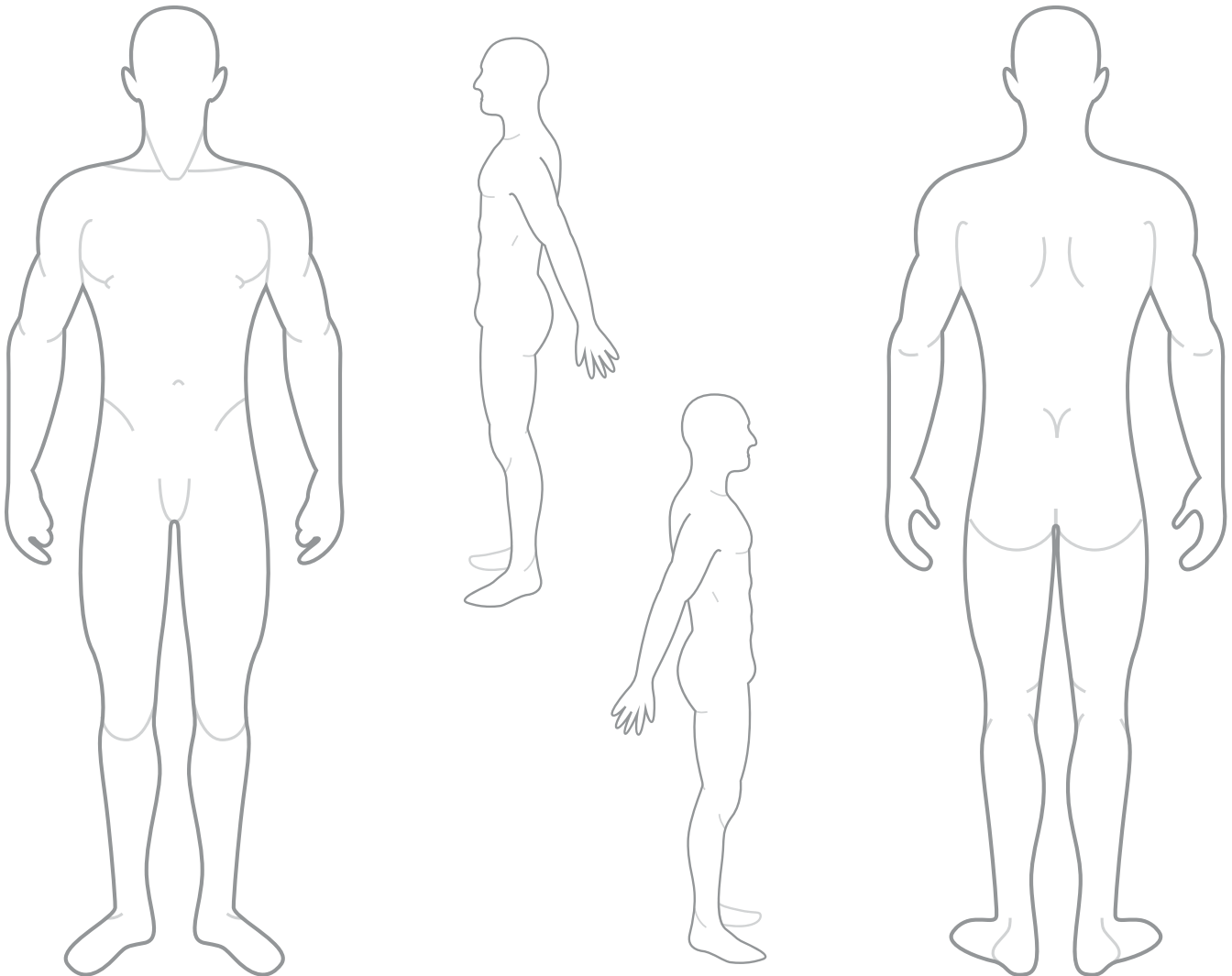
**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## CUESTIONARIO ÍNDICE DE DISCAPACIDAD

¿Cuánto tiempo ha tenido dolor en la columna o extremidades?

Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_

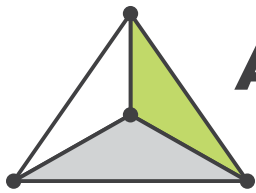
**FAVOR DE IDENTIFICAR SUS SÍNTOMAS, COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LA IMAGEN:**



D= DOLOR  
P= PUÑALADAS

H=HORMIGUEO  
E=ENTUMECIMIENTO

A= ARDOR  
O= OTRO TIPO DE SÍNTOMA



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## ÍNDICE DE DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL DOLOR (PDI)

**POR FAVOR LEA:** Estas escalas de calificación a continuación están diseñados para medir el grado en que varios aspectos de su vida se interrumpen en la actualidad por el dolor crónico. En otras palabras, nos gustaría saber la cantidad de dolor que se presenta de hacer lo que haría normalmente, o de hacerlo como lo haría normalmente. Responda a cada categoría por indicación del impacto global de dolor en su vida, justo cuando el dolor está en su peor momento.

Para cada una de las seis categorías de todos los días en la lista, Por favor circule el número que mejor describa su típico nivel de actividades. Una puntuación de 0 significa ningún grado de incapacidad y una puntuación de 10 significa que todas las actividades en las que normalmente usted esta involucrado han sido totalmente imposible por su dolor.

### 1. Responsabilidades familiares: se refiere a actividades relacionadas con el hogar y la familia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

### 2. Entretenimiento/Diversión: Incluye deportes, hobbies, u otras actividades similares

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

### 3. Vida social: Participación con amigos o conocidos en fiestas, reuniones/cenas, u otras funciones sociales similares

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

### 4. Ocupación: se refiere a actividades relacionadas directa o indirectamente con el trabajo incluyendo quehaceres domésticos y voluntarios

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

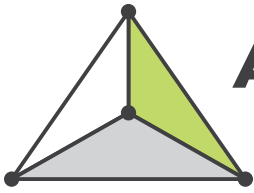
### 5. Cuidados personales: se refiere a las actividades de la vida diaria y de higiene personal como manejar, bañarse, vestirse, etc.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

### 6. Actividades vitales: se refiere a actividades básicas como la alimentación, el sueño, las respiración u otras funciones similares

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna discapacidad					Moderada					Discapacidad severa

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ H.C.P Signature: \_\_\_\_\_ Score: \_\_\_\_\_



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES:** Este cuestionario se ha diseñado para dar información a su médico sobre cómo le afecta a su vida diaria el dolor de cuello. Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una **SÓLO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A SU CASO**. Aunque en alguna pregunta se pueda aplicar a su caso más de una respuesta, marque sólo la que represente mejor su problema

### SECCIÓN 1 - INTENSIDAD DEL DOLOR DE CUELLO

- No tengo dolor en este momento
- El dolor es muy leve en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es fuerte en este momento
- El dolor es muy fuerte en este momento
- En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

### SECCIÓN 2 - CUIDADOS PERSONALES (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.)

- Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
- Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados
- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

### SECCIÓN 3 - LEVANTAR PESOS

- Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

### SECCIÓN 4 - LECTURA

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- No puedo leer nada en absoluto

### SECCIÓN 5 - DOLOR DE CABEZA

- No tengo ningún dolor de cabeza
- A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- A veces tengo un dolor moderado de cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
- Tengo dolor de cabeza casi continuo

### SECCIÓN 6 - CONCENTRARSE EN ALGO

- Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
- No puedo concentrarme nunca

### SECCIÓN 7 - TRABAJO

- Puedo trabajar todo lo que quiero
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
- No puedo trabajar en nada

### SECCIÓN 8 - CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

- Puedo conducir sin dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
- No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- No puedo conducir nada por el dolor de cuello

### SECCIÓN 9 - SUEÑO

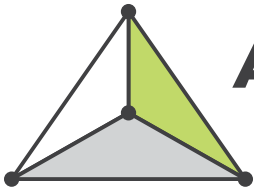
- No tengo ningún problema para dormir
- El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

### SECCIÓN 10 - ACTIVIDADES DE OCIO

- Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello
- Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello
- No puedo realizar ninguna actividad de ocio

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ H.C.P Signature: \_\_\_\_\_ Score: \_\_\_\_\_

**RESULTADO:** 0-4 no discapacidad | 5-14 discapacidad leve | 15-24 discapacidad moderada | 25-34 discapacidad severa | 34+ discapacidad completa



# ADVANCED SPINE & POSTURE

**ALIANTE:** 6592 N. Decatur Blvd. Suite 115 North Las Vegas, Nv 89131  
Ph: 702.396.4993 Fax: 702.636.4990

**MIDTOWN:** 3061 S. Maryland Pkwy Suite 201 Las Vegas, Nv 89109  
Ph: 702.478.9594 Fax: 702.478.9509

**PAHRUMP:** 2100 E. Calvada Blvd. Pahrump, NV 89048  
Ph: 775.727.7959 Fax: 775.727.7960

## ÍNDICE DE DISCAPACIDAD LUMBAR

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES:** Este cuestionario fue diseñado para darle al doctor información de como el dolor en su espalda ha afectado su habilidad para desempeñar su vida diaria. Favor de contestar cada sección marcando solamente un cuadro por sección y que más se refiera a usted. Sabemos que puede llegar a considerar que dos (2) de estas declaraciones en cualquiera de las secciones se relacionan a usted, pero por favor solo marque el cuadro que mas describa su problema.

### SECCIÓN 1 - INTENSIDAD DEL DOLOR

- No tengo dolor
- El dolor es muy leve
- El dolor es moderado
- El dolor es bastante fuerte
- El dolor es muy fuerte
- El dolor es el peor imaginable

### SECCIÓN 2 - CUIDADOS PERSONALES (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.)

- Puedo cuidarme normalmente sin causar más dolor
- Puedo cuidarme normalmente, pero es muy doloroso
- Me es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso
- Necesito un poco de ayuda pero me las arreglo en la mayor parte de mi cuidado personal
- Necesito ayuda cada día en la mayor parte del cuidado personal
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

### SECCIÓN 3 - LEVANTAR PESOS

- Puedo levantar cosas pesadas sin tener más dolor
- Puedo levantar cosas pesadas, pero me produce más dolor
- El dolor me impide levantar cosas pesadas del suelo, pero puedo hacerlo si están colocadas convenientemente, por ejemplo, sobre una mesa
- El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras a medianas si están colocadas convenientemente
- Puedo levantar sólo cosas ligeras
- No puedo levantar o llevar nada

### SECCIÓN 4 - CAMINAR

- El dolor no me impide caminar cualquier distancia
- El dolor me impide caminar más de 1 km
- El dolor me impide caminar más de 250 m
- El dolor me impide caminar más de 100 m
- Sólo puedo caminar usando un bastón o muletas
- Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que ir a gatas al lavabo

### SECCIÓN 5 - SENTARSE

- Puedo sentarme en cualquier silla tanto como desee
- Puedo sentarme en mi silla personal tanto como desee
- El dolor me impide sentarme más de 1 hora
- El dolor me impide sentarme más de media hora
- El dolor me impide sentarme más de 10 min
- El dolor me impide estar sentado

### SECCIÓN 6 - ESTAR DE PIE

- Puedo estar de pie tanto como quiera sin tener más dolor
- Puedo estar de pie todo lo que quiera, pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de 1 hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de 10 min
- El dolor me impide estar de pie

### SECCIÓN 7 - SUEÑO

- Mi sueño no está alterado por el dolor
- Mi sueño está ocasionalmente alterado por el dolor
- Debido al dolor duermo menos de 6 horas
- Debido al dolor duermo menos de 4 horas
- Debido al dolor duermo menos de 2 horas
- El dolor me impide dormir

### SECCIÓN 8. VIDA SEXUAL (SI ES APLICABLE)

- Mi vida sexual es normal y no me causa dolor
- Mi vida sexual es normal, pero me causa dolor
- Mi vida sexual está muy restringida debido al dolor
- Mi vida sexual es casi ausente debido al dolor
- El dolor me impide la vida sexual

### SECCIÓN 9 - VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me produce dolor
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado del dolor
- El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses que requieren más energía, por ejemplo, hacer deporte, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y ya no salgo tan a menudo como antes
- El dolor ha restringido mi vida social a mi casa
- No tengo vida social debido al dolor

### SECCIÓN 10 - VIAJES

- Puedo viajar a donde quiera sin tener dolor
- Puedo viajar donde quiero, pero me produce dolor
- El dolor es fuerte, pero consigo realizar viajes de más de 2 horas
- El dolor me restringe a desplazamientos de menos de 1 hora
- El dolor me restringe a desplazamientos cortos indispensables de menos de 30 min
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ H.C.P Signature: \_\_\_\_\_ Score: \_\_\_\_

**RESULTADO:** 0-4 no discapacidad | 5-14 discapacidad leve | 15-24 discapacidad moderada | 25-34 discapacidad severa | 34+ discapacidad completa