

**INFORMACION DE SALUD
CONFIDENCIAL**

Columbia Pike Chiropractic
Dr. Jaime A. Chica D.C

Fecha de Hoy: _____

Chart Number: _____

Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: () _____ - _____ Numero de Seguro Social: _____

Teléfono de Celular: () _____ - _____ Genero: Masculino Femenino

Teléfono Adicional: () _____ - _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Correo Electrónico: _____ Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Cónyuge: _____ Edad de su(s) hijo(s): _____

Quien lo Refirió? Letrero del Edificio Paginas Amarillas Medico Primario Seguro Abogado Internet
 Familia/Amigo _____

Empleador

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Trabajo: () _____ - _____ Numero de Fax: () _____ - _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: () _____ - _____

Modo de Pago? Yo Pagar Seguro Medico Medicare
 Seguro de Auto Worker's Comp Otro: _____

Nombre del Seguro: _____

Quien es el portador encargado de la póliza?

Health ID Card No: _____

Si mismo Cónyuge Padres

Group No: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medico Primario: _____

Tel del Medico Primario: () _____ - _____

Accidente de Auto (Información del Seguro de Auto)

Fecha del Accidente: _____ Donde Ocurrió el Accidente? _____

Donde estabas en el Auto: Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero

Nombre de Su Seguro: _____ Numero de Reclamo _____

Nombre de Seguro del Otro Carro: _____ Numero de Reclamo _____

Tiene Abogado? Si No Nombre de Abogado: _____

La información que presento es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al Dr. Jaime Chica. Entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance. También autorizo a Columbia Pike Chiropractic o la Compañía de seguros a facilitar cualquier información requerida para procesar mis cuentas.

X _____
Firma del Paciente/Guardian

Fecha

HISTORIA CLINICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Accidente Carro. Accidente Trabajo D.O.A: _____

QUEJA PRINCIPAL

Localización Dolor: Cabeza Cuello Mitad espalda Cintura Pecho Costillas Hombro Der. Hombro Izq.
 Mano / Muñeca Der. Mano / Muñeca Izq. Rodilla Der. Rodilla Izq. Tobillo / Pie Der. Tobillo / Pie Izq.
 Abdomen. Mandíbula Der. Mandíbula Izq.

Explique: _____

Frecuencia: Constante. Ocasional. Intermitente Frecuente.

Progresión del Dolor: Igual Empeorando Mejorando Fluctuando

Característica: Molestia Agudo Quema Sordo Pulsátil. Cuchillo Espasmo Irradia Pierna / Brazo

Severidad: Escala de Dolor: Marque con una X el número que corresponda a tu dolor

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Intenso
	-----Leve-----			-----Moderado-----			-----Severo-----					

Síntomas Adicionales Mareo Nausea Ansiedad Perdida Olfato Irritabilidad Depresión Confusión
 Dolor detrás de ojos Dificultad Respiratoria Dificultad al Dormir Perdida Sabor Visión Borrosa Concentración
dificultosa Ruidos en Oídos Adormecimiento de Brazos Der o Izq. ? Adormecimiento de Piernas Der o Izq.?

HISTORIA FAMILIAR

Marque con una X si alguno de sus familiares (padres, hermanos, tíos, etc.) sufre o sufrió de:

Cancer	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Riñones	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Corazón	<input type="checkbox"/>

HISTORIA PERSONAL

Cirugías : (Describa) _____

Hospitalización: (Describa) _____

Medicamentos que está tomando : _____

Accidente carro: Si No Cuando?: _____

Alergias: Yes No Fuma?: Si No Ocasionalmente Frecuentemente

¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Ocasionalmente Frecuentemente

GENERAL

Marque el mas apropiado

	<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas siquiaticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia / Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia a las Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Past</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIEL

Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------------

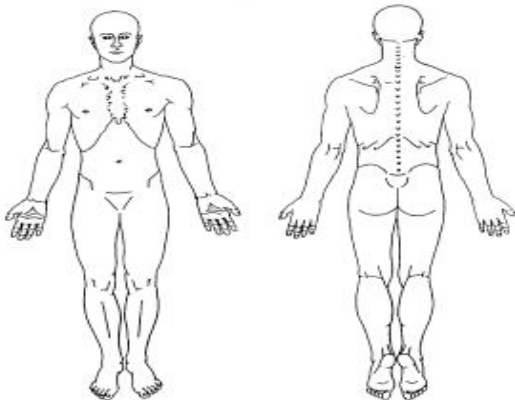
HISTORIA CLINICA

EENT	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruido Oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL - G / U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdiada del Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flatulencia (Gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito, Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazon en tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al respirar /caminar / dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorando Flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupiendo Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPRODUCTIVO	<u>Past</u>	<u>Present</u>	SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULOSKELETAL	<u>Past</u>	<u>Present</u>
Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruaciones Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor entre las Escapulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en Testiculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Pierna - Ciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque una X en los lugares del dolor



Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de fuerza en Manos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de sensibilidad de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia de Disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas / desgarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna mas corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Previous Sintomas

- No he tenido síntomas similares a mi condición actual
- He tendido estos síntomas antes pero no me molestaban
- Los síntomas anteriores existían, pero se agravaron

Mis síntomas más recientes ocurrieron: _____ meses atrás
 _____ años atrás o en Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Fecha: _____

Columbia Pike Chiropractic

Dr. Jaime A. Chica D.C.

5555 Columbia Pike, Suite #201, Arlington, VA 22204

Phone: (703) 379-6300 Fax: (703) 379-4440

FINANCIAL AGREEMENT

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is NOT A SUBSTITUTE FOR PAYMENT. Some companies pay fixed allowances for certain procedures, and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance, or any other balance not paid by your insurance.

IN ORDER TO CONTROL YOUR OUTSTANDING BALANCE, IT IS OUR POLICY TO COLLECT CO-PAYS, CO-INSURANCE AND DEDUCTIBLE AT TIME SERVICE IS REQUIRED.

If this account is assigned to an attorney/or outside agency for collection and/or suit, Columbia Pike Chiropractic shall be entitled to reasonable attorney's fees and for cost collection.

I authorize the release of any information necessary to determine the liability for payment and to obtain reimbursement on any claim.

PATIENT SIGNATURE

INSURED'S SIGNATURE

DATE

INSURANCE ASSIGNMENT OF BENEFITS

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:

I hereby authorize Columbia Pike Chiropractic to release any information acquired in the course of my medical examination and treatment, including drug use, alcoholism, and HIV positive test results, to my insurance carrier(s) as necessary to process my insurance.

AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS:

I hereby authorize my insurance carrier(s) to make payment directly to Columbia Pike Chiropractic for the Chiropractic and/or medical benefits payable for the services rendered.

PATIENT SIGNATURE

INSURED'S SIGNATURE

DATE

Columbia Pike Chiropractic

Dr. Jaime A. Chica D.C.

5555 Columbia Pike, Suite #201, Arlington, VA 22204

Phone: (703) 379-6300 Fax: (703) 379-4440

PRACTICE'S REQUIREMENTS

The Practice:

- (a) Is required by federal law to maintain the privacy of your PHI and to provide you with this Privacy Notice detailing the Practice's legal duties and privacy practices with respect to your PHI
- (b) Under the Privacy Rule, may be required by State law to grant greater access or maintain greater restrictions on the use or release of your PHI than that which is provided for under federal law
- (c) Is required to abide by the terms of the Privacy Notice
- (d) Reserves the right to change the terms of this Privacy Notice and to make the new Privacy Notice provisions effective for all of your PHI that it maintains
- (e) Will distribute any revised Privacy Notice to you prior to implementation
- (f) Will not retaliate against you for filing a complaint

EFFECTIVE DATE

This Notice is in effect as of 9/23/2013

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT

By subscribing my name below, I acknowledge receipt of a copy of the Notice, and my understanding and my agreement to its terms

PATIENT

DATE

FOR PRACTICE USE ONLY

Practice Documentation of Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement

Patient's acknowledgement of the Notice could not be obtained because:

- Patient refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining acknowledgment
- Emergency circumstances
- Other

Details:

Signature of Practice

Date

INFORMED CONSENT TO CHIROPRACTIC ADJUSTMENTS AND CARE

I hereby request and consent to the performance of chiropractic adjustments and other chiropractic procedures, including various modes of physical therapy and diagnostic x-rays, on me (or the patient named below, for whom I am legally responsible) by the doctor of chiropractic named below and/or other licensed doctors of chiropractic who now or in the future treat me while employed by, working or associated with or serving as back-up for the doctor of chiropractic named below, including those working at the clinic or office listed below or any other office or clinic.

I have had the opportunity to discuss with the doctor of chiropractic named below and/or with other office or clinic personnel the nature and purpose of chiropractic adjustments and other procedures.

I understand and I am informed that, as in the practice of medicine, in the practice of chiropractic there are some risks to treatment, including, but not limited to, fractures, disc injuries, strokes, dislocations and sprains. I do not expect the doctor to be able to anticipate and explain all risks and complications, and I wish to rely on the doctor to exercise judgment during the course of the procedure which the doctor feels at the time, based upon the facts known, is my best interest.

I have read, and or have had read to me, the above consent. I have also had an opportunity to ask questions about its content, and by signing below I agree to the above-named procedures. I intend this consent form to cover the entire course of treatment for my present condition and for any future condition (s) for which I seek treatment.

To be completed by patient:

Print Patient's Name

Signature of Patient

Date Signed

To be completed by doctor or staff:

Name and address of clinic/office:

**Linea Chiropractic Center
7730 Herschel Ave #AA
La Jolla, CA 92037**

Print name (s) doctor (s) treating this patient:

Patricia Lotufo, D.C.