



Consulta pediátrica

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono del padre: _____

La mayoría de los niños han experimentado cientos de impactos que han podido causar vertebras desalineadas o subluxadas. Lo que debemos hacer ahora es descubrir ciertos traumas que su hijo/a han sufrido.

¿Cómo fue el parto de su hijo/a? Fácil / estresado / complicado / hubo cirugía

¿Cuán largo fue el parto? _____ ¿Cuánto tiempo pujó? _____

¿Fue usted inducida? Sí No ¿El parto fue cesarí? Sí No

¿Halaron de la cabeza del niño durante el parto? Sí No ¿Utilizaron tenazas para halar al niño/a? Sí No

La ciencia ha mostrado que 47% de los niños se caen de cabeza para la edad de un año, y tienen alrededor de 200 caídas significativas para la edad de 5 años.

¿Cuándo fue la caída más recién de su hijo/a? _____

¿Recibió tratamiento para la caída? Sí No ¿Fue verificado por un quiropráctico? Sí No

¿Y la caída anterior a esa? _____

¿Recibió cuidado para la caída? Sí No ¿Ajustes quiroprácticos? Sí No

¿Qué deportes o actividad recreacional hace su hijo/a? _____

Cuando fue la última vez que su hijo se lastimo haciendo alguna de estas actividades? _____

Recibió tratamiento en este momento? Sí No Fue verificado por un quiropráctico? Sí No

A estado su hijo involucrado en un accidente automotriz como pasajero? Sí No

Breve detalles sobre el accidente: _____

Recibió tratamiento a causa del accidente? Sí No Fue verificado por un quiropráctico? Sí No

Esta información es importante. Gracias por explicarnos la historia de accidentes y traumas de su hijo. Esto ayudara al Dr. Colon a entender mejor donde está la columna dañada/lastimada y subluxada. Ahora necesitaremos preguntarle algunas preguntas sobre la salud actual de su hijo/a actualmente.

Tiene alguna preocupación sobre la salud de su hijo actualmente? _____

_____ si es así, desde cuando tiene este problema? _____



CORDERO
FAMILY CHIROPRACTIC
561-533-3884
WWW.CORDEROCHIROPRACTIC.COM

Vertebras subluxadas causaran irritación en los nervios, afectando órganos, tejidos creando inquietud y enfermedad.

Alguna otra condición que su hijo/a tenga actualmente? Si No

Hace cuanto tiempo? Detalles: _____

Dependiendo de donde y el grado de las vertebras subluxadas, presión en los nervios puede ser constante o ocasional.

Cuan recurrente es esta condición de su hijo? _____

Su hijo/a esta tomando multi-vitaminas? Si No que otros suplementos toma su hijo/a? _____

Por favor liste TODOS los medicamentos que su hijo este tomando actualmente:

Firma del padre o guardian _____

Fecha: _____



Declaración de Objetivos Clínicos

Cuando un paciente necesita de cuidado quiropráctico y nosotros aceptamos al paciente, es esencial que los dos trabajemos para el mismo objetivo. Es muy importante que cada paciente entienda los objetivos y métodos que se utilizaran para alcanzar dichos objetivos. Esto previene confusión y desilusión. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado de las condiciones y recomendaciones de su cuidado quiropráctico para que usted pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento quiropráctico luego de ser advertido de los beneficios, alternativas y riesgos conocidos.

La quiropráctica es la ciencia, filosofía, y arte que se preocupa en la relación entre la estructura de su columna y la salud de su sistema nervioso. Como quiropráctico, entiendo que la salud es un estado óptimo físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad, debilidad o síntomas.

Una interrupción en el sistema nervioso es llamada una subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más vértebra en la columna vertebral se desalinea o se mueve inapropiadamente. Esto causa función inadecuada e interferencia al sistema neurológico. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser asintomático.

Las subluxaciones pueden ser corregidas y/o reducidas por un ajuste quiropráctico. Un ajuste quiropráctico es una aplicación específica de fuerza para corregir o reducir subluxaciones vertebrales. Nuestro método de corregir subluxaciones es con ajustes específicos hacia la columna. Los ajustes son hechos a mano donde el doctor pondrá fuerza en segmentos específicos de su columna para ajustarla a una mejor posición.

Si al principio o durante el curso de su tratamiento nosotros encontramos algo inusual o no quiropráctico, le avisaremos y recomendaremos exámenes adicionales o referiremos su caso a otro proveedor de salud.

La quiropráctica ha sido probada ser muy efectiva y segura. No es inusual estar con molestias musculares al comenzar el tratamiento. Aunque no es común, es posible sufrir de efectos secundarios como; espasmos musculares, fracturas en las costillas, dolores de cabeza, y/o mareos.

Todas las preguntas del objetivo de mi caso en particular en esta oficina han sido contestadas para mi satisfacción. Los beneficios, riesgos, y alternativas sobre la quiropráctica han sido explicados para mi satisfacción. He leído y entendido completamente lo explicado previamente y acepto cuidado quiropráctico bajo estas premisas.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Consentido para evaluar y ajustar a un menor de edad

Yo, _____ siendo el padre o guardián legal de _____ he leído y entendido completamente el consentimiento de información y le doy permiso a el doctor de atender y ajustar a mi hijo/a.

Permiso de embarazo

Esto certifica que para mi noción no estoy embarazada y el doctor mencionado arriba y sus asociados tienen mi permiso de tomar radiografías. He estado avisado que las radiografías pueden ser peligrosos para un niño/a aun sin nacer.

Día del último ciclo menstrual: _____

Firma _____

Fecha _____



CORDERO
FAMILY CHIROPRACTIC
561-333-3884
WWW.CORDEROCHIROPRACTIC.COM

Nombre del paciente: _____ File: _____

Standard Waiver of Liability / Renuncia estándar de responsabilidad:

Yo entiendo que soy responsable financieramente por cargos incurridos en esta oficina, para aquellos pacientes utilizando seguros, esto incluye co-pagos, deducibles, y cargos rechazados o no cubiertos por mi compañía de seguros.

Yo realizo que mi cuidado puede ser sujeto a aprobación/autorización de mi compañía de seguros, y acepto cualquier responsabilidad por cargos que no sean aprobados. Mi compañía de seguros revisara todos/algunos documentos sometidos por Cordero Family Chiropractic para revisión de necesidad médica. La determinación final es basada en los protocolos y/o medidas de salud de mi compañía de seguros. Limitaciones de la póliza de seguro se basa en el plan individual de mi póliza de seguros, al igual que los co-pagos, co-seguros, deducibles, referidos, etc.

Yo entiendo que esta oficina me notificara lo antes posible si mi cuidado es aprobado o negado basado en mi seguro. También entiendo que mi visita inicial puede ser negada y esto puede ser luego de la habilidad de la oficina de notificarme antes de mi cuidado agudo "acute care", esperando aprobación de mi a seguridad.

NOTA: nuestra oficina no hará reclamos a compañías de seguros secundarias.

Yo entiendo que esta oficina requiere que yo pague servicios rendidos no cubiertos por mi plan de la compañía de seguro. Pagos tardes por más de 30 días son sujetos a penalidad de tardanza, a un interés de 1.5% por mes y penalidad de agencias de colección. Yo estoy dispuesto a pagar costos asociados con la colección de dicha deuda, incluyendo, pero no limitado a costos de abogados de 25% (veinte y cinco por ciento), junto al costo de re-embolso de dicha acción.

Assignment of Benefits / Asignación de beneficios:

Yo autorizo mis beneficios de seguros a ser pagados directamente al Dr. Francisco Colon y/o Dr. Sebastián Colon. *I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Dr. Francisco Colon and/or Dr. Sebastian Colon.*

Yo he leído este documento y entiendo mis obligaciones de pagar por cuidado en el caso que la compañía de seguros no los cubra. *I have read this document and understand my obligations for payments for care in the absence of insurance coverage.*

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha

Release of Medical Records:

Yo le otorgo permiso al Dr. Colon a obtener información médica de otras facilidades que ayuden al doctor a tratar mi condición más detalladamente.

I give my permission for Dr. Colon to request medical information from other medical facilities that may help the doctor to accurately assess and treat my current condition.

Firma (Paciente, Padre o guardián)

Fecha