**PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)**

**(Informaction del Paciente)**

**NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE) FIRST (APPELLIDO)LAST MIDDLE

**HEIGHT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WEIGHT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(*Altura) (Peso)***

**SOCIAL SECURITY NUMBER** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO M / F

***(NUMERO DE SEGURO SOCIAL) (FECHA DE NACIMIENTO)***

**ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **APT. #** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION)***

**CITY** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**STATE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ZIP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)***

**HOME PHONE** (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CELL PHONE** (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(TELEFONO) (TELEFONO CELULAR)***

Si desea recibir recordatorios de la cita por mensaje de texto por favor facilítenos su información del portador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMAIL ADDRESS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(***CUENTO DEL CORREO ELECTRONICO)***

 **¿QUIERES RECIBIR RECORDATORIOS POR CORREO ELECTRÓNICO? SI NO**

**MARITAL STATUS** (CIRCLE) SINGLE / MARRIED / DIVORCED / WIDOWED

 ***(SOLTERO(A)) (CASADO(A)) (DIVORCIADO(A)) (VIUDO(A))***

**EMPLOYMENT** (CIRCLE) NONE / FULL-TIME / PART-TIME / STUDENT / RETIRED / DISABLED

 ***(Sin Empleo) (Tiempo Completo) (Tiempo Parte) (Estudiante) (Retirado) (Discapacitado)***

**EMPLOYER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OCCUPATION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(EMPLEO) (TRABAJO)***

**EMPLOYER ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TELEPHONE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION DEL EMPLEO) (TELEFONO DEL EMPLEO)***

**SPOUSE / PARENT /EMERGENCEY CONTACT INFORMATION**

***(Esposo/Padre/Contacto en Caso de Emergencia)***

(THIS INFORMATION IS REQUIRED FOR MINOR PATINTS OR PATIENTS WITH GUARDIANS)

**NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL ESPOSO O PADRE) FIRST LAST (RELACION) RELATIONSHIP***

**DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO M / F  **PHONE** (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(FECHA DE NACIMIENTO) (TELEFONO)***

**ACCIDENT / INJURY INFORMATION**

**WERE YOU IN A CAR ACCIDENT?** YES / NO **WERE YOU?** DRIVER / PASSENGER

***(ESTUVO EN UN ACCIDENTE) (USTED ERA?) (CONDUCTOR O PASAJERO?)***

**DO YOU HAVE AN ATTORNEY REPRESENTING YOU REGARDING THIS ACCIDENT / INJURY?**YES / NO

***(TIENE UN ABOGADO POR ESTE ACCIDENTE)***

**ATTORNEY NAME** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ABOGADO) (TELEFONO)***

**DATE OF ACCIDENT/INJURY**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**IS THIS A WORKER’S COMPENSATION CLAIM?** YES / NO

***(FECHA DEL ACCIDENTE) (SEA UN ACCIDENTE DEL TRABAJO)***

**WERE YOU TRANSPORTED FROM THE ACCIDENT / INJURY SCENE BY AMBULANCE?** YES / NO

***(HABIA TRANSPORTADO POR AMBULANCIA)***

**HOSPITAL WHERE YOU WERE TREATED** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE OCCURE TRATAMIENTO)***

**OTHER DOCTORS THAT HAVE TREATED YOU FOR THIS INJURY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(PORFAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL DOCTOR QUE TRADADO DESDE QUE PASO EL ACCIDENTE)***

**AUTOMOBILE INSURANCE INFORMATION**

**YOUR CAR INSURANCE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBE DE SU SEGURO DEL AUTO) (TELEFONO)***

**POLICY NUMBER**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CLAIM NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NUMBERO DEL POLITICA) (NUMERO DEL RECLAMO)***

**DO YOU HAVE MEDICAL PAYMENT COVERAGE OR PIP ON YOUR POLICY?** YES / NO AMOUNT $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***CUBRE MEDICAL SU ASEGURANZA DE AUTOMOVIL?) (CANTIDAD)***

**OTHER DRIVER’S INSURANCE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(POLITICA DEL AUTO QUE SE GOLPE) (TELEFONO)***

**POLICY NUMBER**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CLAIM NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***NUMBERO DEL POLITICA) (NUMERO DEL RECLAMO***)

**HEALTH INSURANCE INFORMATION**

**INSURANCE COMPANY** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PHONE NUMBER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ASEGURANZA) (TELEFONO)***

**ADDRESS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(DIRECCION) ADDRESS CITY STATE ZIP***

**NAME OF INSURED** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**RELATIONSHIP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DE EL ASEGURANZO) (RELACION)***

ID # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GROUP # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **EMPLOYER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **( Numero del Identificacion ) (Numero del Grupo) (EMPLEO)**

**SOCIAL SECURITY NUMBER** \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(NOMBRE DEL SEGURO SOCIAL) (FECHA DE NACIMIENTO)***

(

**HEALTH HISTORY**

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*NOMBRE* *FECHA*

**MEDICATIONS**

List all prescription OR over the counter medications you are currently using (*Indique medicamentos de receta del Medico o sin receta que estas usando ahora*):

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Place a mark by “yes” or “no” if you have had any of the following: *(Elija todos los que apliquen a usted)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDITION (Condicion)** | **YES****(Si)** | **NO****(No)** | **CONDITION (Condicion)** | **YES****(Si)** | **NO****(No)** |
| AIDS/HIV *SIDA/VIH* |  |  | HEPATITIS*HEPATITIS* |  |  |
| ALCOHOLISM *ALCOHOLISMO* |  |  | HERNIA*HERNIA/QUEBRADURA* |  |  |
| ANEMIA *LA ANEMIA* |  |  | HERNIATED DISC*HERNIA DE DISCO* |  |  |
| ARTHRITIS  *ARTRITIS* |  |  | KIDNEY DISEASE*ENFERMEDAD RENAL* |  |  |
| ASTHMA *ASMA* |  |  | LIVER DISEASE*enfermedad hepática* |  |  |
| BLEEDING DISORDER *ENFERMEDAD HEMORRAGICA*  |  |  | MIGRAINES*LAS migrañaS* |  |  |
| BRONCHITIS *BRONQUITIS* |  |  | MONONUCLEOSIS***La mononucleosis*** |  |  |
| CANCER*EL CANCER* |  |  | MULTIPLE SCLEROSIS*ESCLEROSIS MÚLTIPLE* |  |  |
| CATARACTS*CATARATAS* |  |  | OSTEOPOROSIS  O*STEOPOROSIS* |  |  |
| CHEMICAL DEPENDENCY*DEPENDENCIA DE DROGAS* |  |  | PARKINSON’S DISEASE*LA ENFERMEDAD DE PARKINSON* |  |  |
| DIABETES |  |  | PINCHED NERVE*NERVIO PELLIZCADO* |  |  |
| EMPHYSEMA*ENFISEMA* |  |  | PNEUMONIA*NEUMONÍA* |  |  |
| EPILEPSY*EPILEPSIA* |  |  | PROSTHESIS*PRÓTESIS* |  |  |
| FRACTURES*FRACTURAS* |  |  | RHEUMATOID ARTHRITIS*La artritis reumatoide* |  |  |
| GLAUCOMA |  |  | STROKE*DERRAME CERABRAL* |  |  |
| GOUT*GOTA* |  |  | THYROID PROBLEMS*Problemas de la tiroides* |  |  |
| HEART DISEASE*ENFERMEDAD CARDIACA* |  |  | TUBERCULOSIS*LA TUBERCULOSIS* |  |  |

 **HEALTH HISTORY – PART 2**

1. Have you ever been to a chiropractor? YES / NO

 *Ha solicitado tratamiento por quiropractico?*

1. In the last 24 months (not including this injury) have you been to any of the following?

*En los dos anos pasados ha solicitado tratamiento con*:

* 1. Medical Doctor (Medico) YES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Physical Therapist (Terapia Fisica) Y ES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Medical Specialist (Especialista) YES / NO LAST VISIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had surgery? If yes, please list surgery and year. YES / NO

*Indiqe cirugias; tipo y el ano:*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Surgery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had a broken bone? If yes, please list year and bone. YES / NO

*Indique fracturas del hueso y ano:*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever had a work-related injury? If yes, please list year and injury. YES / NO

*Ha tenido accidentes del trabajo? Indique tipo y ano del herida*

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Have you ever been in a car accident? If yes, list all of your previous car accidents (even if you were not injured, whether you were at fault or not).

*Ha tenido otros accidentes del auto? Indique el ano y tipo de herida* YES / NO

* 1. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Injured YES / NO Injury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Do you exercise?

Haces ejercicios? Nunca / A veces / Cada dia

NEVER / SOMETIMES / EVERYDAY

1. Describe your activity level while at work.

En su trabajao que haces mas? SENTANDO / DE PIE / TRABAJO LIJERO / TRABAJO DURO

SITTING / STANDING / LIGHT LABOR / HEAVY LABOR

1. How many days of work have you missed since this accident / injury? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantos dias no puede trabajar debido a este accidente?

1. Do you smoke? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ packs/day

Fuma cigarillos? Cuantos por dia?

1. Do you drink alcohol? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ drinks/week

Toma Alcohol? Cuantas bebidas por dia?

1. (Women) Are you pregnant? YES / NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ due date

 (A mujeres) Esta embarazada? Cuantos meses?

**DAILY ACTIVITY CHECKLIST**

This checklist is designed to help us understand how much discomfort, pain, and/or difficulty you experience while performing your daily activities. Please check (✓) only **ONE** column for each activity that most applies to your level of discomfort.

If you regularly perform an activity that is not listed, please write that activity in the blank boxes at the bottom and indicate your level of discomfort / difficulty. If you have any questions about how to complete this form, the staff will be more than happy to assist you.

Esta lista de verificación es diseñado para ayudar nos comprender cuanto molesta, dolor y/o dificultad experiencias cuando estás haciendo ciertas actividades. Por favor completa la lista de verificación por marcando solamente **una** columna para cada actividad que mas aplica a tu nivel de molesta, dolor, y/o dificultad para aquella actividad. No marque más que una columna para cualquier actividad. Si una actividad no se aplica porque no hace esa actividad (por ejemplo, si no está empleado, o no tiene niños que cuidar” marca “no aplicable” columna.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activity*****Actividad*** | **Not Applicable*****No Aplicable*** | **No Discomfort or Difficulty*****No molesta*** | **Minimal Discomfort or Difficulty*****Me molesta*** | **Moderate Discomfort or Difficulty*****Me molesta moderada*** | **Major Discomfort or Difficulty*****Molesta Mayor*** | **Can’t do this because of Discomfort or Difficulty*****No puedo hacer*** |
| **Sitting*****Sentado*** |  |  |  |  |  |  |
| **Standing*****De pie*** |  |  |  |  |  |  |
| **Bending****Agachando** |  |  |  |  |  |  |
| **Lifting*****Levantando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Walking****Caminando** |  |  |  |  |  |  |
| **Lying Down*****Acostado*** |  |  |  |  |  |  |
| **Sleeping****Dormido** |  |  |  |  |  |  |
| **Driving*****Manejando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Working*****Trabajando*** |  |  |  |  |  |  |
| **Housework*****Limpieza*** |  |  |  |  |  |  |
| **Dressing*****Vestir se*** |  |  |  |  |  |  |
| **Personal Hygiene*****Cuidado Personal*** |  |  |  |  |  |  |
| **Caring for Children*****Cuidado de los ninos*** |  |  |  |  |  |  |
| **Using computer*****Usando Computadora*** |  |  |  |  |  |  |
| **Exercising*****Ejercicios/Deportes*** |  |  |  |  |  |  |
| **Watching TV*****Mirando televisor*** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

****

**Explanation of Therapeutic Procedures**

Welcome to Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic. Below is a list of therapeutic procedures and their benefits that you may receive during your treatment in this office. Please review the list prior to your treatment.

* **Initial Evaluation:**

During your first visit you will receive an initial evaluation in order to determine the treatment plan that best suits your individual needs. This evaluation will include a complete history, physical examination of presenting musculoskeletal symptoms, range of motion evaluation, orthopedic evaluation, neurological examination, chiropractic examination, and x-ray evaluation if clinically indicated. At the end of the initial evaluation we will have determined your working diagnosis (what is wrong), prognosis (how likely you are to make a complete recovery), and treatment plan (what we intend to do to help you get back to normal).

* **Re-Evaluation:**

You will undergo a periodic re-evaluation of your condition approximately every 10-12 visits, or every 4 weeks, whichever occurs first. We will assess how well you are responding to treatment and we will make future treatment recommendations at that time. Those recommendations may include referrals for advanced imaging or for co-treatment with other specialists such as orthopedists or pain management doctors, depending on your response to treatment up to that point in care.

* **Final Evaluation:**

All good things must come to an end. Once it is determined that you have reached Maximum Medical Improvement (MMI) for your injuries a final evaluation will be performed. During the final evaluation your provider will determine what subjective complaints you have remaining. We will perform repeat physical evaluations, range of motion evaluations, and orthopedic evaluations. You will be released from our care with instructions on what to do if your pain or symptoms return.

* **Moist Heat Packs:**

One or more moist heat packs are wrapped in several layers of towel and placed on the area of complaint. Moist heat promotes healing by improving circulation. This allows muscles to become more elastic giving relief from muscle tension and spasms.

* **Cold Packs:**

One or more cold packs are wrapped in a towel and placed on the area of complaint. Cold packs reduce inflammation and swelling that occur following an injury.

* **Electrical Muscle Stimulation:**

Electrodes are placed on the skin by a professional who increases the muscle stimulation to the patient’s tolerance. This therapy improves circulation and decreases inflammation treating muscle pain and spasm. The electric muscle stimulation therapy also helps to “trick the brain” by overriding its pain signals with low voltage, thus helping reduce pain.

* **Mechanical Traction Table (Roller Table):**

Patient is placed face up on an intersegmental traction table while a mechanism applies pressure to different regions of the spine. This therapy induces passive motion to the spinal joints thus increasing the flexibility of the spine and promoting healing. Each joint segment (where two spinal vertebrae connect) is stretched using the patient’s body weight and a rolling lever to passively separate joint articulations one-by-one from the neck all the way to the lower back.

* **Ultrasound:**

Professional applies the ultrasound using an applicator and a water-based gel to the area of complaint. Ultrasound generates heat using sound waves that can penetrate deeper into the musculature then a moist heat pack. This form of deep heat increases blood flow and promotes healing. This treatment is used very commonly with swollen joints to help reduce joint swelling (edema). We often also use ultrasound on very bony joints (i.e. wrists, hands, ankles, feet) where the application of heat may be less appropriate.

* **Therapeutic Exercises:**

Professional will instruct the patient on various exercises to be performed. The professional will increase the duration, repetitions and difficulty depending on individual patient need. This type of exercise helps to increase range of motion and promotes muscle healing. It also facilitates the patients return normal activities of daily living. Therapeutic exercises can be performed either in an individual (one-on-one) or group setting.

* **Massage Therapy:**

The chiropractor will use his/her hands and/or a series of tools that uses vibration to massage the tissues that require treatment. This therapy causes relaxation of the muscles, increased blood flow and softens muscle adhesions promoting healing of the injured areas. Massage therapy is directed to the soft tissues (muscles, tendons, ligaments, etc.) rather than to the spinal joints.

* **Manual Therapy:**

The chiropractor will use his/her hands or a series of tools to apply focused pressure to stretch tight and tender muscle fibers. This procedure includes manual traction therapy and myofascial release treatment. The goal of this treatment is to increase a pain free range of motion and to facilitate a return to functional activities. Manual therapy is directed to the soft tissues (muscles, tendons, ligaments, etc.) rather than to the spinal joints.

* **Chiropractic Spinal Manipulation Therapy:**

The chiropractor will use his/her hands or an adjusting instrument to impart a controlled force to a joint resulting in mobilization or manipulation of that joint. Inducing motion into a joint increases range of motion and improves tissue circulation promoting healing. Chiropractic manipulation ranges in intensity from spinal mobilization (passively moving joints to their end range of motion as performed by a Chiropractor’s hands), to instrument assisted mobilization (using tools to tap the vertebrae to induce spinal motion), to drop techniques (utilizing momentum from a table to drop out beneath a joint) to high velocity low amplitude spinal manipulation (the traditional joint manipulation most people associate with chiropractic manipulation). It is very important to note that not all patients have spinal conditions which indicate traditional spinal manipulation, and as such, the providers may need to utilize alternative and less invasive techniques to impart the desired spinal mobilization/manipulation indicated for a particular patient. In short, we will impart spinal mobilization/manipulation beginning will less invasive and working towards more invasive techniques as clinically indicated and as tolerated.

\_\_\_\_\_ I have read/received a copy of the explanation of therapies. I understand that the therapies I receive are subject to change based on my response to treatment.

****

Name Date File

Please mark the areas on the picture below that correspond to the areas of your body where you feel the described sensations. Use appropriate symbols. Mark areas of radiation. Include all affected areas.

DO NOT SIMPLY CIRCLE THE AREA OF INVOLVEMENT PLEASE.

**Numbness ---- Pins & Needles oooo Burning xxxx Aching \*\*\*\* Stabbing ////**

Usando los simbolos del abajo; indique las areas en su cuerpo donde se siente las sintomas. Incluye todos los partes que estan afectados.

**Entumido ----- Hormigueo oooo Dolor que quema xxxx**

**Imple Dolor \*\*\*\* Punzante ////**



**Please place a vertical mark on the line below to indicate the severity of your complaint.**

**Marque (/) en la linea del nivel de dolor que siente ahorita en la parte mas lastimada entre no dolor y insoportable dolor**

**Headache** No Pain

 ***Dolor de cabeza***\_ Worse Pain

Experienced

**Neck Pain** No Pain

***Dolor del cuello***Worse Pain

Experienced

**Middle Back Pain** No Pain

***Dolor de espalda media***Worse Pain

Experienced

**Low Back Pain** No Pain

***Dolor de espalda baja***\_ Worse Pain

Experienced

**Other**

 ***Otro***No Pain

Worse Pain

Experienced



9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234

Phone: (443) 842-5500 Fax: (410)497-5888

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Quisiéramos que le informaran sobre los problemas potenciales asociados al tratamiento del quiropráctica antes de consentir al tratamiento. Los ajustes del Quiropráctica implican la mudanza de empalmes en el cuerpo con el uso de las manos del doctor, el uso de una máquina, el uso de una tabla mecánica, o el uso de un instrumento sostenido mano. Con frecuencia, los ajustes crean un sonido del “estallido” o del “tecleo ”/una sensación en el área que es tratada. En esta oficina, podemos utilizar a personal entrenado para asistir al doctor con las porciones de su consulta, de examinación, de radiografía que toma, de uso físico de la terapia, y de otras modalidades del tratamiento. De vez en cuando su doctor es inasequible, otro quiropráctico puede tratarle. Si usted no desea ser tratado por otro quiropráctico en esta clínica, informe por favor al personal inmediatamente y esa petición será honrada.

**NATURALEZA Y PROPÓSITO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL QUIROPRACTICA**

La práctica de la quiropráctica incluye mucho la examinación y métodos de prueba estándares. Éstos incluyen la examinación física, prueba ortopédica y neurológica, palpación, la instrumentación especializada, los pruebas de laboratorio, las examinaciones de la radiología, terapia física y los procedimientos rehabilítatenos. Hay un número de diversas técnicas de ajuste, algunas que utilizan el equipo especialmente diseñado. Los ajustes se realizan generalmente a mano pero se pueden realizar por los instrumentos mano-dirigidos. Un ajuste del quiropráctica es el uso de un movimiento exacto rápido sobre una distancia muy corta a un punto de contacto segmentario específico de una vértebra.

Si durante el curso del cuidado encontramos no-quiropráctica o resultados inusuales, le aconsejaremos de esos resultados y recomendaremos que usted busque los servicios de otro abastecedor del cuidado médico.

Al tablero de Maryland de los examinadores de la terapia del Quiropráctica y del masaje del acuerdo con leyes del estado licencian a todos los médicos del quiropráctica que proporcionan cuidado en Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic

**RIESGOS POSIBLES ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS DEL QUIROPRACTICA**

No sólo si usted entiende las ventajas del cuidado del quiropráctica en la restauración y mantener de buena salud, pero también usted debe estar enterado de la existencia de algunos riesgos y limitaciones inherentes. Éstos están raramente bastante al cuidado del contraindícate, pero deben ser considerados en tomar la decisión para recibir cuidado del quiropráctica. Todos los procedimientos del cuidado médico, incluyendo ésos usados en grados que varían, tienen algunos riesgos asociados a ellos. Los riesgos asociados a una cierta quiropráctica que ajusta procedimientos pueden incluir:

· Movimiento

· Herniación del disco de Vertebral

· Lesión suave del tejido fino

· Fracturas de la costilla

· Quemaduras físicas de la terapia

· Dolor

Doy por este medio consentimiento a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic y sus empleados y/o personal del contrato para rendir el tratamiento a me y/o mi niño (o niño bajo mi tutela). Esto incluye todas las examinaciones necesarias, el tratamiento, y cualquier otro procedimiento relacionado necesario para proporcionar cuidado de la quiropráctica. Entiendo que el tratamiento será basado en el juicio profesional del médico.

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

NOMBRE

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

 FIRMA DEL PACIENTE /DEL PADRE O DEL GUARDA                                          FECHA

**

9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234

Phone: (443) 842-5500 Fax: (410)497-5888

**CESIÓN, GRAVAMEN, AUTORIZACIÓN Y CARTA PODER**

Por medio de la presente autorizo a mi compañía de seguros y/o a mi abogado, a pagar directamente a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic, las cantidades que puedan adeudarse derivadas por los servicios prestados mientras estuve bajo sus cuidados; esto incluye si fue por accidente o enfermedad, y cualquier otro gasto que se adeude a esta oficina; asi como a retener las sumas de cualquier discapacidad, “no fault”, enfermedad, accidentes, compensación al trabajador o cualquier otro asunto (incluyendo pero no limitado a, PIP, Med Pay, con seguro de automovilista sin cobertura suficiente o lesiones corporales) , o de cualquier acuerdo, resolución o sentencia que se pueda compensar a mi persona como consecuencia de las lesiones de la enfermedad por los que he sido atendido por Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic. Cediendo asi irrevocablemente mis derechos y beneficios por medio de los servicios de Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic.

En el caso de que alguna compañía de seguros este obligada a compensarme sobre los gastos

derivados por Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic por sus servicios y se rehuse a esto, demando a hacer el pago a dichos Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic, previa solicitud por mí o Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic. Por la presente cedo y transfiero a Centros de Atencion Quiropráctico a cualquier y todas las causas de acción que tenga o que podría existir en mi favor, en contra de esas empresas, y autorizo a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic para enjuiciar a dicha causa (s) de la acción ya sea en mi nombre o su nombre, y más , autorizo a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic de compromiso, resolver de otro modo dicho reclamo o causa (s) de acción.

Por la presente autorizo todos los procedimientos relacionados con mi diagnóstico aunque están o no están cubiertos por mi plan de seguro y yo entiendo que yo soy personalmente responsable de los importes totales debido al Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic por sus servicios. Además, entiendo y estoy de acuerdo que nada de lo constituye la contrapartida económica Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic a la espera de los pagos y podrá exigir pagos a favor o de mí inmediatamente después de la prestación de servicios. Por la presente subvención al Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic, mi poder legal con el único propósito de refrendar cualquier instrumento negociable a nombre de ella, sus empleados y / o mi para servicios Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic y / o sus empleados.

Yo concedo Centros de Atención Quiropráctica mi poder legal para el fin de firmar en mi nombre cualquier forma de seguro, la forma del PIP, la autorización, la forma de seguro médico y / o proyectos de solución necesaria para recoger mis beneficios de seguros. En el caso de que alguna de las disposiciones contenidas en este documento son inaplicables, por cualquier motivo, todas las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y efecto. Yo autorizo a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic para solicitar y / o dar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador, abogado o mi empleador para facilitar sus esfuerzos de recogida en virtud del presente Acuerdo, Gravamen y Autorización.

Por la presente declaro que una fotocopia de este documento se considerará como válida y obligatoria para todas las partes que el original.

Nombre del paciente/padre o representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del firmar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234

Phone: (443) 842-5500 Fax: (410)497-5888

**Nota de HIPAA de Practicas de Intimidad**

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVERADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Practicas de Intimidad describe como podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. “Información protegida de salud” es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. **Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud**

Su información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su medico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del medico la practica y cualquier otro uso requerido por la ley.

2. **El Tratamiento:** Usaremos y revelaremos que su información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con unos partidos terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su información protegida de salud, como sea necesario a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionado a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

3. **El pago: Su** información protegida de salud se usara, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener aprobación para la admisión del hospital.

4. **Las Operaciones de la asistencia sanitaria:** Podemos usar o podemos revelar, como necesitado su información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su medico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a: las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licencia, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su información de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hora en el escritorio de matricula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su medico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su medico esta lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como requerido por ley, salud pública como requerida por ley, estas enfermedades comunicables. Descuido publica salud: abuso o descuido: alimento y requisitos de Administración de Drogas; Procede Legal, aplicación Ley, Pesquisidores, Directores Funeral y Donativo Rogaron. Investigación: Actividad criminal; actividad militarizo y seguridad nacional; trabajadores compensación presos, usos funeral. Por estos y el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500

5. **Otros Usos y las Revelaciones** Permitidos y requeridos se harán solo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley.

6. **Usted puede revocar esta autorización:** En cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su medico o la practica del medico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

7. **Sus Derechos:** Siguientes son unas declaraciones de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

8. **Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, ye en información protegida de salud que es la ley con su sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

9. **Usted tiene el derecha de solicitar que una restricción de su información protegida de salud.** Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Practicas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su medico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si medico cree esta en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud; no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro profesional de asistencia sanitaria.

10. **Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia del papel de esta nota de nosotros.** Sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

11. **Usted puede tener el derecho de tener a su medico enmienda su información protegida de la salud.** Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionara con una copia de cualquiera tal refutación.

12. **Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, su información protegida de salud.** Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informara por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

**13. Las Quejas**: **Usted** puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Esta nota se publico y entra vigencia en/o antes del 20 de Junio 2012.

Somos requeridos por la ley mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeccion a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro numero principal de teléfono.

**HIPAA Privacy Officer**

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

**9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234**

**443-842-5500**

La firma debajo de es solo reconocimiento que usted ha recibido esta nota de nuestras practicas de la intimidad:

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**EFFECTIVE DATE OF NOTICE:** July 15, 2012

Rev. 07/2012



9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234

Phone: (443) 842-5500 Fax: (410)497-5888

**REQUEST FOR AND AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS OR HEALTH INFORMATION**

**SOLICITUD Y AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS MEDICOS O INFORMACION DEL SALUD**

La ejecución de esta forma no autoriza la publicación de información que no sea específicamente se describen a continuación. La revelación de la información solicitada en este formulario es voluntaria. Sin embargo si no se suministra la información incluyendo número de seguridad social completa y precisa, Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic puede ser incapaz de cumplir con la petición.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los registros medicos e informacion indicados a continuacion son para ser lanzado a la siguiente entidad y sus representantes autorizados (The medical records and information indicated below are to be released to the following entity and its authorized representatives:

**Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic**

Dr. Marc Gulitz

9403 Harford Road, Office #1, Parkville, MD 21234

Phone: (443) 842-5500 Fax: (410)497-5888

**Por mi firma, solicito y autorizo (indicar el nombre y la direccion de la organizacion o individuo a quien se solicita la informacion)para liberar informacion personal de salud com o se indica** *(By my signature below, I request and authorize (indicate name and address of organization or individual from whom the information is requested***) to release personal health information as indicated):**

**NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DEL VISITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Information Requested Includes:***

***\_\_\_\_\_all medical records \_\_\_\_billing statements \_\_\_\_\_\_radiology/lab reports***

***\_\_\_\_\_ intake/registration forms \_\_\_\_\_other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Esta autorización es efectiva por* ***un 1 año*** *desde la fecha de firma a no ser revocada o terminada por el paciente o representante personal del paciente. Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando una solicitud por escrito a Mid-Atlantic Spinal Rehab & Chiropractic & Attn: registros médicos en la dirección indicada anteriormente.*

*FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL FECHA DEL FIRMA*