



### Información de admisión del paciente

---

Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Ocupación: \_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

Nombre de la esposa: \_\_\_\_\_

Nombre de los niños: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de la quiropráctica Kosterman?

**Internet**      **Médica**      **la palabra de boca** (Quién? \_\_\_\_\_)

**Otra** \_\_\_\_\_



Formulario de queja principal del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Qué es lo que más te molesta hoy?

---

---

---

Cómo empezaron sus síntomas??

---

---

Nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es tu condición: Mejorando o Empeorando

Es tu condición: Encendido o apagado o Constante

Tipo de dolor: Aguda Puñalada Ardiente Dolorida Aburrida Rígido y dolorido

Dolor que irradia: Izquierda/Derecha Base del cráneo Hombro Brazo

Brazo Cadera Pierna Rodilla Pie Costillas Otra: \_\_\_\_\_

Qué lo hace mejor? Hielo Calor Descanso Movimiento Extensión

Qué lo empeora? Sentada En pie Caminando Acostado Dormir

Uso excesivo Otro: \_\_\_\_\_

Ha visto a alguien más por esta condición? \_\_\_\_\_

Estuvo involucrado en un accidente? Automóvil Caer Trabajo

Lista de medicamentos que está tomando:

---

---

Lista de cirugías pasadas:

---

Tiene alguna otra queja? \_\_\_\_\_

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



## Functional Rating Index

We must understand how much your symptoms have affected your ability to manage everyday activities. For each item please circle the number which most closely describes your condition right now.

### 1. Pain Intensity

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain      Mild pain      Moderate pain      Severe pain      Worst possible pain

### 2. Sleeping

0-----1-----2-----3-----4  
 Perfect sleep      Mildly disturbed sleep      Moderately disturbed sleep      Greatly disturbed sleep      Totally disturbed sleep

### 3. Personal Care (washing, dressing, etc.)

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain; no restrictions      Mild pain; restrictions      Moderate pain; need to go slowly      Moderate pain; need some assistance      Severe pain; need 100% assistance

### 4. Travel (driving, etc.)

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain on long trips      Mild pain on long trips      Moderate pain on long trips      Moderate pain on short trips      Severe pain on short trips

### 5. Work

0-----1-----2-----3-----4  
 Can do usual work plus unlimited extra work      Can do usual work no extra work      Can do 50% of usual work      Can do 25% of usual work      Cannot work

### 6. Recreation

0-----1-----2-----3-----4  
 Can do all activities      Can do most activities      Can do some activities      Can do a few activities      Cannot do any activities

### 7. Frequency of pain

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain      Occasional pain; 25% of the day      Intermittent pain; 50% of the day      Frequent pain; 75% of the day      Constant pain; 100% of the day

### 8. Lifting

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain with heavy weight      Increased pain with heavy weight      Increased pain with moderate weight      Increased pain with light weight      Increased pain with any weight

### 9. Walking

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain; any distance      Increased pain after 1 mile      Increased pain after ½ mile      Increased pain after ¼ mile      Increased pain with all walking

### 10. Standing

0-----1-----2-----3-----4  
 No pain after several hours      Increased pain after several hours      Increased pain after 1 hour      Increased pain after ½ hour      Increased pain with any standing

Internal Use Only 1. Initial [ ] / 40 = [ ] 2. Follow up [ ] / 40 = [ ] Clinical improvement [Total initial - Total follow-up / Total initial = ]

Primary Care Facility: \_\_\_\_\_  
 Contact Number: \_\_\_\_\_  
 Physician: \_\_\_\_\_



## Consentimiento informado

Alentamos y apoyamos un proceso de toma de decisiones compartido entre nosotros con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso, tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y la atención y el tratamiento recomendados que se le brindarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a dicha atención con pleno conocimiento de los riesgos. Esta información está destinada a informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento con conocimiento de causa.

La quiropráctica se basa en la ciencia, que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

Los quiroprácticos realizan ajustes para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna y las extremidades. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una afección en la que una o más vértebras de la columna están desalineadas y / o no se mueven correctamente, lo que provoca interferencia y / o irritación del sistema nervioso. El objetivo principal en la atención quiropráctica es la eliminación y / o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

Se realizará un examen quiropráctico que puede incluir examen físico y espinal, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación, instrumentación especializada, examen radiológico (rayos X) y pruebas de laboratorio.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento y / o fuerza precisos en la columna para reducir o corregir la (s) subluxación (es) vertebral. Hay varios métodos o técnicas diferentes mediante los cuales se realiza el ajuste quiropráctico, pero generalmente se realizan a mano. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado.

Además, los procedimientos de fisioterapia o rehabilitación pueden incluirse en el protocolo de tratamiento. Entre otras cosas, la atención quiropráctica puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida. Además de los beneficios de la atención y el tratamiento quiroprácticos, también se debe conocer la existencia de algunos riesgos y limitaciones de esta atención. Los riesgos rara vez son lo suficientemente altos como para contraindicar la atención y todos los procedimientos de atención médica tienen algún riesgo asociado.

Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor, esguince / distensión musculoesquelética y fractura. Los riesgos asociados con la fisioterapia pueden incluir los anteriores, así como una reacción alérgica y dolor muscular y / o articular. Además, se han notificado casos de accidente cerebrovascular asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. La investigación y la evidencia científica no establecen una relación de causa y efecto entre el tratamiento quiropráctico y la aparición de un accidente cerebrovascular; más bien, estudios recientes indican que los pacientes pueden consultar a médicos y quiroprácticos cuando se encuentran en las primeras etapas de un accidente cerebrovascular. En esencia, ya hay un



derrame cerebral en proceso. Sin embargo, se le informa de esta asociación informada porque un accidente cerebrovascular puede causar un deterioro neurológico grave.

Se me ha informado sobre la naturaleza y el propósito de la atención quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención y los riesgos de la atención, incluido el riesgo de que la atención no logre el objetivo deseado. Se han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, las consecuencias y la probable eficacia de cada uno. Me han informado de las posibles consecuencias si no recibo atención. Reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento.

HE LEÍDO EL PÁRRAFO ANTERIOR. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN HAN SIDO RESPONDIDAS PARA MI SATISFACCIÓN. TENIENDO ESTE CONOCIMIENTO, AUTORIZO CON CONOCIMIENTO:

KOSTERMAN CHIROPRACTIC

PROCEDER CON EL CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO.

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

\_\_\_\_\_

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

-----  
-----

Consentimiento de los padres para el paciente menor:

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

Edad del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma de la tutora: \_\_\_\_\_

Relación con la paciente: \_\_\_\_\_

Además, al firmar a continuación, doy permiso para que el médico maneje al paciente menor mencionado anteriormente, incluso cuando yo no esté presente para observar dicha atención.

Paciente: \_\_\_\_\_

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