

Avondale Chiropractic Center
Dr. Matthew Duddy
417 Pennsylvania Avenue
Avondale, PA 19311
610-268-8122
www.avondalechiropractic.com

Auto Accident (Accidente de Auto) - New Patient Intake

Título: Dr. /a. Sr. Sra. Srta. (Elija uno) Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: (_____) _____ - _____ Numero de Trabajo: (_____) _____ - _____

Numero de Celular: (_____) _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Otro/a _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: (elija uno)
 Blanca Afro-americana Hispana Otro _____ Prefiero no escoger

Etnicidad: (elija uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no escoger

Lenguaje Preferido: (elija uno)
 Ingles Español Otro _____ Prefiero no escoger

Datos de su Cónyuge:
Nombre: _____ Medio Nombre: _____ Apellido: _____

Numero de Casa: (_____) _____ - _____ Numero de Celular: (_____) _____ - _____

¿Es su cónyuge un paciente de la clínica? Si No

Datos de su empleo:
Situación Laboral: Empleado Tiempo Completo / Tiempo Parcial Estudiante Tiempo Completo / Tiempo Parcial
 Retirado Amo/a de Casa Desempleado ¿Por el accidente? Si No

Nombre de su Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Título de Trabajo / Posición _____ Descripción: _____

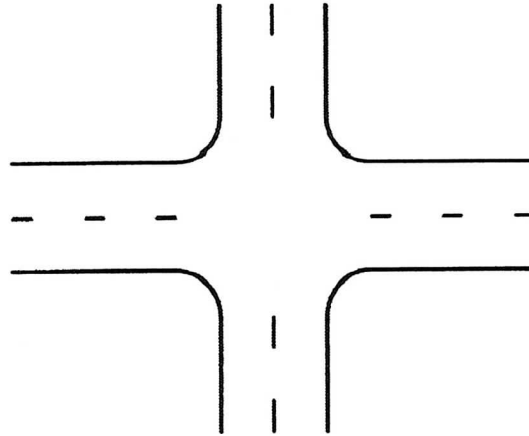
Contacto de Emergencia:
Nombre de Contacto: _____ Numero de Contacto: (_____) _____ - _____

Doctor de Cabecera: _____ Ciudad: _____

Fecha del Accidente / Lesión: _____

EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA COMO OCCURIO EL ACCIDENTE:

Ilustra como ocurrió el accidente:



Punto de Impacto:

- Enfrente Enfrente lado del conductor enfrente lado del pasajero atrás
 Lado del conductor lado del pasajero atrás lado del pasajero atrás lado del conductor

Quejas Actuales:

Indique donde esta su dolor o síntomas:

Por favor, califique su dolor en una escala de 0-10:
[0= Ningún Dolor, 10= Dolor Extremo]

Elija la frecuencia con que el dolor esta presente:

Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Constant

Raramente - Intermitente - Frecuente -

Espalda Superior: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

Espalda Baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente -

Constant

_____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Constant

Raramente - Intermitente - Frecuente -

¿Cuáles son las áreas del cuerpo que le molestan?

1. _____ 3. _____

Patient Name: _____

Patient #: _____ **Date:** _____

2. _____ 4. _____

Describe sus síntomas. (Dolor Profundo, Ardor, Entumecimiento, Dolorido, Rigidez, etc.)

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

¿Puedes dormir sin dolor? Si No

¿Te despierta el dolor? Si No

¿Donde lo sientes? _____

Historial del Accidente en General:

¿Ocurrió el accidente mientras estaba en el trabajo? Si No

Fuiste: el Conductor Pasajero enfrente Pasajero atrás lado Izquierdo – en Medio – Derecho Peatonal

Motociclista Pasajero en Motocicleta Otro: _____

¿Quien conducia?: _____

Su Auto (año/marca/modelo): _____

El otro Auto (año/marca/modelo): _____

Su Velocidad en el momento del Accidente:

Parado

Despacio (Ejemplo: en un Estacionamiento/Parada de Luz)

Moderado (Ejemplo: en el Vecindario)

Rápido (Ejemplo: Autopista)

En que momento del Día: Durante el Día Amanecer Anochecer Durante la Noche

Condiciones de la Carretera: Seco Mojado Lluvioso Nieve Hielo

Otro: _____

Apoya cabezas: No Había nivelado con la parte superior de la cabeza nivelado con la parte baja de la cabeza a nivel de la mitad del cuello

¿Fue alterado la posición del apoya cabezas?

Si No

¿Fue alterado la posición de asiento?

Si No

¿El asiento se rompió? Si No

Cinturón de Seguridad de Abajo: Lo llevaba puesto No Me Lo Puse

Cinturón de Seguridad del Hombro: No Había Lo llevaba puesto No Me Lo Puse No Se

¿Funciono la bolsa de aire? Si No

¿Le golpeo la bolsa de aire? Si No

¿En que parte? _____

¿Se golpeo en alguna parte del carro? Si No

¿Con que? El Volante el Parabrisas Apoyabrazos el Tablero la Ventana de lado Bolsa de Aire la Puerta de lado

Manos: Una Mano sobre el volante Dos manos sobre el volante No Me Aplica

¿Estaba preparado para el impacto? Si No

¿Sabia que iba a chocar? Si No

¿Uso los frenos? Si No

Su cabeza estaba: girada a la derecha girada a la izquierda mirando hacia el frente

¿Se lastimo la cabeza? Si No

Patient Name: _____

Patient #: _____ Date: _____

¿Se lastimó en otra parte? (listé en orden de severidad.)

Durante el accidente:

¿Dio su vehículo contra algo después que ocurrió el accidente? Si No

¿Con que?

¿Quedo aturdido? Si No

¿Perdió la consciencia? Si No

¿Por cuánto tiempo?

Danos a su vehículo fue: Leve Moderado Extenso Total

¿Llego la policía? Si No ¿Hicieron un reporte? Si No

Después del accidente:

Inmediatamente después del accidente, experimento:

Dolores de Cabeza Dolor del Cuello Dolor de la Espalda Media Dolor en el Hombro / Brazo

Dolor de la Espalda Baja Dolor de la Cadera / Pierna Mareos Nausea

Confusión Desorientación Otro: _____

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? _____ (horas)

¿Dónde fuiste después del accidente? Al Trabajo al Hospital a la Casa

Otro: _____

Departamento de Emergencia:

Nombre del Hospital: _____

¿Cómo llego: _____

¿Radiografías o Exámenes? Si No

Anote el tipo (Rayos X, MRI, CT, Análisis de Sangre, EMG, etc.), el lugar y la fecha que las tomo:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

3. _____ Fecha: _____

Resultados: _____

Medicamentos

Recetados: _____

Otros tratamientos: _____

Instrucciones a Seguir: _____

A partir de hoy, cuanto ha mejorado: (aliste las áreas)

Área _____ % Mejorado: _____

Área _____ % Mejorado: _____

Área _____ % Mejorado: _____

¿Tiene un historial de sus síntomas? Si No

Patient Name: _____

Patient #: _____

Date: _____

Describe cada episodio que haya tenido con las fechas: _____

¿Ha recibido tratamiento de un quiropráctico? Si No ¿Con quien y adonde?:

1. _____
2. _____

Describe que actividades empeoran sus síntomas:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Describe que actividades alivian sus síntomas:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Información General:

¿Con que mano escribe?: Izquierda Derecha Ambas

Uso del Tabaco: Fumo todos los días Fumo a veces Antes Fumaba Nunca he fumado

¿Cuál es su interés en dejar de fumar?

0 (Ningún Interés) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy Interesado)

Uso de Alcohol: No uso Socialmente Moderado Exceso

¿Alguna vez ha sido clasificado con una discapacidad? Si No

¿Para que? _____

Historial de Tratamiento:

¿Ha visto algún medico por sus síntomas? Si No

1. Nombre del Medico: _____ Especialidad: _____

Fecha de la Consulta: _____ Referido por: _____

Tipo de Tratamiento: _____

¿Sigue con el tratamiento? Si No ¿Le ayudo el tratamiento? Si No

¿Le refirieron a alguien? _____

Notas: _____

2. Nombre del Medico: _____ Especialidad: _____

Fecha de la Consulta: _____ Referido por: _____

Tipo de Tratamiento: _____

¿Sigue con el tratamiento? Si No ¿Le ayudo el tratamiento? Si No

¿Le refirieron a alguien? _____

Notas: _____

Historial Médica Actual:

Problemas de Salud Actuales (Enfermedad del Corazón, Diabetes, Alta Presión, etc.): Ninguno

Patient Name: _____

Patient #: _____

Date: _____

Medicamentos que este tomando:

Vitaminas/Suplementos

Ninguno

Vea la Lista Separada

Alergias a cualquier medicamento: No tengo alergias a los medicamentos

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

¿Ha sido diagnosticado de hipertensión?

Si No

¿Ha sido diagnosticado de diabetes? Si No

¿Que Tipo? Tipo 1 Tipo 2 Su mas reciente hemoglobina ¿fue de A1c> 9.0%? Si No No Se

Otros comentarios concernientes al Diabetes: _____

Historial de Medico:

Lesiones a la Cabeza, Cuello y Espalda incluyendo Accidentes de Carro y del Trabajo:

Cirugías (Fecha y Tipo): _____

Fracturas (Fecha y Tipo): _____

Pregunta de Verificación (Elija una pregunta, márquela y ponga su respuesta abajo)

¿Cuál es el nombre de su mascota favorito? ¿En que ciudad nació? ¿Dónde fue a la preparatoria?

¿Cuál es su película favorita? ¿Cuál es el apellido de soltera? ¿En que calle creciste?

¿Cuál fue la marca de tu primer carro? ¿Cuándo es tu aniversario?

Respuesta a la Pregunta de Verificación: _____

Respuesta debe tener 6 letras y números en total.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Patient Name: _____

Patient #: _____ **Date:** _____

Favor de completar el formulario lo mejor posible. Si tiene preguntas busque a Brooke.

Nivel de dolor al momento de su visita. Por favor marque su dolor de 1 al 10 (10= mucho / 1= poco)

Cuello – 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hombro Derecho - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Codo Derecho- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muneca Derecha - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espalda Media - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cadera Derecha- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rodilla Derecha - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Talon Derecho - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hombro Izquierdo- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Codo Izquierdo- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muneca Izquierda- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espalda Baja - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cadera Izquierda- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rodilla Izquierda - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Talon Izquierdo - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Favor de contestar estas preguntas y provea cualquier informacion adicional que usted crea nesesaria para al tiempo de su visita.

Siente hormigueo o adomecimiento? Si / No Si es asi donde? _____

Tiene dolores de Cabeza? Si / No

Tiene mareos o vertigo? Si / No

Usa hielo o algo caliente? Si / No

Usa faja para la espalda? Si / No

Tiene rayos x o resonancia magnetica resientes? Si / No

Que le empeora el dolor? _____

Que le Alivia el dolor? _____

El quiropractico le ayuda? Si / No

El dolor viajade de un lugar a otro? Si / No Si es asi, de donde a donde? _____

Como describiria su dolor? Ardiente, punsante, adolorido, rigido

Tiene historial familiar de problemas de espalda? Si / No

Tiene alguna hernia o disco abultado? Si / No

Se ejersita o estira? Si / No

Quien es su medico principal? _____

Cuando le comenzo el dolor? _____

Usted a visitado a un quiropractico antes? _____

¿Está vacunado contra COVID 19?

A tenido alguna caida reciente? _____ Cuando fue su ultimo accidente de auto? _____

Avondale Chiropractic Center
417 Pennsylvania Avenue
P.O. Box 297
Avondale, PA 19311

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
Per HIPPA REGULATIONS

Consent for Purposes of Treatment, Payment and Healthcare Operations

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

I acknowledge that Avondale Chiropractic Centers "Notice of Privacy Practices" has been provided to me. I understand I have the right to review Avondale Chiropractic Center Notice of Privacy Practices prior to signing this document. The Notice of Privacy Practices describes the types of uses and disclosures of my protected health information that will occur in my treatment, payment of bills or in the performances of healthcare operations at Avondale Chiropractic Center. The Notice of Privacy Practices is also provided on request at the main administration desk. This notice of Privacy Practices also describes my rights and Avondale Chiropractic Center duties with respect to my protected health information. Avondale Chiropractic Center reserves the right to change the Privacy Practices that are described in the Notice of Privacy Practices. I may obtain a revised notice of Privacy Practices by calling the office and requesting a revised copy to be sent via mail or may request a copy at the time of my next scheduled appointment.

Signature on file form

- 1. I authorize use of this form on all my insurance submissions.**
- 2. I authorize release of information to all insurance companies related to my care at Avondale Chiropractic Center**
- 3. I authorize release of all medical / health information from any other provider I have used previously to Avondale Chiropractic Center and any agent working on their behalf.**
- 4. I authorize Avondale Chiropractic Center and any agent working on their behalf to obtain payment from my insurance company and / or attorney.**
- 5. I authorize payment to be made directly to Avondale Chiropractic Center.**
- 6. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.**
- 7. I permit Avondale Chiropractic Center and any agent working on their behalf to contact me by means of the home, work and / or cell phone number(s) I have provided on the patient information form.**
- 8. I permit Avondale Chiropractic Center and any agent working on their behalf to contact me via written communication to my home address given on the patient information form.**

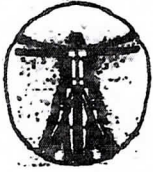
I have received the Notice of Privacy Practices and have reviewed it and I have reviewed the signature on file form.

Signature of Patient or Patient Representative/Date

Description of Patient Representative's Authority

Name of Patient or Patient Representative

Avondale Chiropractic Center Staff Witness / Date



Avondale Chiropractic Center

417 Pennsylvania Ave., P.O. Box 297, Avondale, Pa. 19311 (610) 268-8122

STATEMENT OF FINANCIAL UNDERSTANDING

Patients with chiropractic insurance will be expected to pay any deductible or coinsurance amount they owe on the date of service. I understand that if there is a problem with my insurance I will pay Avondale Chiropractic for any outstanding charges. Avondale Chiropractic has no control over the payment of your claim by your insurance company. If you do not carry insurance we ask that all charges be paid at the time of service.

Auto accident and workers compensation claims will be billed entirely to the insurance company. However, it is your responsibility to obtain the proper forms and notify your employer and /or insurance company of the injury/accident. If the claim should be denied or rejected I understand that I'm responsible for payment of all charges.

Patient Health Information Consent Form

We want you to know how your Patient Health Information (PHI) is going to be used in this office and your rights concerning those records. Before we begin any health care operations we must require you to read and sign this consent form stating that you understand and agree how your records will be used. If you would like to have a more detailed account of our policies and procedures concerning the privacy of your Patient Health Information we encourage you to read the HIPAA NOTICE that is available to you at the front desk before signing this consent.

1. The patient understands and agrees to allow this chiropractic office to use their Patient Health Information (PHI) for the purpose of treatment, payment, health care operations, and coordination of care. As an example, the patient agrees to allow this chiropractic office to submit requested PHI to the Health Insurance Company (or companies) provided to us by the patient for the purpose of payment. Be assured that this office will limit the release of all PHI to the minimum needed for what the insurance companies require for payment.
2. The patient has the right to examine and obtain a copy of his or her own health records at any time and request corrections. The patient may request to know what disclosures have been made and submit in writing any further restrictions on the use of their own PHI. Our office is not obligated to agree to those restrictions.
3. A patient's written consent need only be obtained for one time for all the subsequent care given the patient in this office.
4. The patient may provide a written request to revoke consent at any time during care. This would not affect the use of those records for the care given prior to the written request to revoke consent but would apply to any care given after the request has been presented.
5. For your own security and right to privacy, all staff has been trained in the area of patient record privacy and a privacy official has been designated to enforce those procedures and our office. We have taken all precautions that are known by this office to assure that your records are not readily available to those who do not need them.
6. Patients have the right to file a formal complaint with a privacy official about any possible violations of these policies and procedures.
7. If the patient refuses to sign this consent for the purpose of treatment, payment and health care operations, the chiropractic physician has the right to refuse to give care.

I have read and understand how my Patient Health Information will be used and I agree to these policies and procedures.

Patient or authorize signature _____ Date _____