

**Avondale Chiropractic Center**  
**Dr. Matthew Duddy**  
417 Pennsylvania Avenue  
Avondale, PA 19311  
610-268-8122  
[www.avondalechiropractic.com](http://www.avondalechiropractic.com)

**New Patient Intake (Nuevo Paciente)**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Otro \_\_\_\_\_ 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)**  
 Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no escoger

**Datos de su Cónyuge:**  
Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es su cónyuge paciente de la clínica?  Si  No

**Datos de su Empleo:**  
Situación Laboral:  Empleado  Tiempo Completo/ Tiempo Parcial  Estudiante  Tiempo Completo/ Tiempo Parcial  
 Retirado  Ama de Casa  Desempleado

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo/ Posición: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**  
Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Numero de Contacto: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Doctor de Primario: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**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  
Constante

Raramente - Intermitente - Frecuente -

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

Raramente - Intermitente - Frecuente -

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

Raramente - Intermitente - Frecuente -

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Constante

Raramente - Intermitente - Frecuente -

¿Cuáles son las áreas del cuerpo que le molestan?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

¿Cuando comenzaron o empeoraron sus síntomas?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

¿Cuál es la causa de sus síntomas?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Describa sus síntomas. (Dolor Profundo, Ardor, Entumeciendo, Dolor, Rigidez, etc.)

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

¿Puedes dormir sin dolor?  Si  No

¿Te despierta el dolor?  Si  No

¿Dónde lo sientes? \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de sus síntomas?  Si  No

Describe cada episodio que haya tenido con las fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe que actividades empeoran sus síntomas:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Describe que actividades alivian sus síntomas:**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Recientemente, ¿ha tenido radiografías o algún otro examen?**  Si  No

Anote el tipo (Rayos X, MRI, CT, EMG, etc.), el lugar y la fecha:

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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 del 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 Doctor :** \_\_\_\_\_ **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 Doctor:** \_\_\_\_\_ **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

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

Otros comentarios concientes al Diabetes: \_\_\_\_\_

---

**Historial Médico:**

Lesiones a la Cabeza, Cuello y Espalda incluyendo Accidentes de Automóvil 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 soltero?     ¿En que calle creciste?  
 ¿Cuál fue la marca de tu primer vehiculo?     ¿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

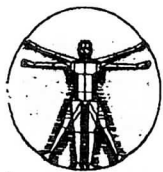
Quien es su medico principal? \_\_\_\_\_

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 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 \_\_\_\_\_

**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.

\_\_\_\_\_  
Description of Patient Representative's Authority

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient Representative/Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Patient Representative

\_\_\_\_\_  
Avondale Chiropractic Center Staff Witness / Date