

DR. RICHARD SKRILL
DR. GABRIEL SKRILL
3984 N. CAMPBELL AVE.
TUCSON, AZ 85719
PH: 520-321-1171 FAX: 520-321-1183

Estimado Paciente: Esta información se considera confidencial. Si no creemos sinceramente que su condición responderá satisfactoriamente, no aceptaremos su caso. Por favor conteste todas las preguntas completamente. Gracias.

FECHA _____

NOMBRE _____ SEGURO SOCIAL # _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO MOVIL _____

OCUPACION _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

CORREO ELECTRONICO _____

Persona a contactar en caso de emergencia _____ Numero de Telefono _____

REFERIDO POR:

____ AMIGO/CONOCIDO _____

____ DR. _____ MANUAL DEL PROVEEDOR DEL SEGURO

____ ANUNCIO ____ YELLOW PAGES ____ VIO MIENTRAS CONDUCE POR LA OFICINA

¿Estas asegurado? ____ Si ____ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de la persona responsable del pago _____

SEGURO PRIMARIO _____ PÓLIZA # _____

SECUNDARIO _____ POLIZA # _____

TITULAR PRINCIPAL DE LA TARJETA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLEADOR _____

ENTIENDO Y ACEPTO QUE LAS POLÍTICAS DE SEGURO DE SALUD Y ACCIDENTE SON UN ACUERDO ENTRE UN TRANSPORTISTA DE SEGUROS Y MI MISMO. ADEMÁS, ENTIENDO QUE LA OFICINA DEL DOCTOR PREPARARA CUALQUIER INFORMES NECESARIOS Y FORMAS PARA AYUDARME A HACER COBROS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y QUE CUALQUIER CANTIDAD AUTORIZADA PARA SER PAGADA DIRECTAMENTE A LA OFICINA DEL DOCTOR SERÁ ACREDITADA A MI CUENTA EN EL RECIBO. SIN EMBARGO, ENTIENDO Y ACEPTO CLARAMENTE QUE TODOS LOS SERVICIOS QUE ME HAN ENTREGADO SE CARGAN DIRECTAMENTE A MI Y QUE SOY PERSONALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO, ASÍ COMO CUALQUIER CARGO ADICIONAL QUE PUEDA SER INCURRIDO POR EL DR. SKRILL CONFORME A LA RECAUDACIÓN DE MI CUENTA.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL GUARDIÁN O CÓNJUGE AUTORIZADO DEL CUIDADO _____

POR FAVOR, DEVUELVA TODOS LOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA CUANDO HAYA TERMINADO

RICHARD L. SKRILL D.C. M.S., M.Ac.
GABRIEL SKRILL D.C. FIAMA
3984 N. Campbell Ave
Tucson Az, 85719
Ph 520-321-1171, Fax 520-321-1183

El Dr. Skrill y su personal están obligados por ley a mantener el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Este aviso explica los deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Firma a continuación reconoce que he leído el Aviso de Prácticas de Privacidad. Una copia será proporcionada a mi solicitud.

Nombre Impreso _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

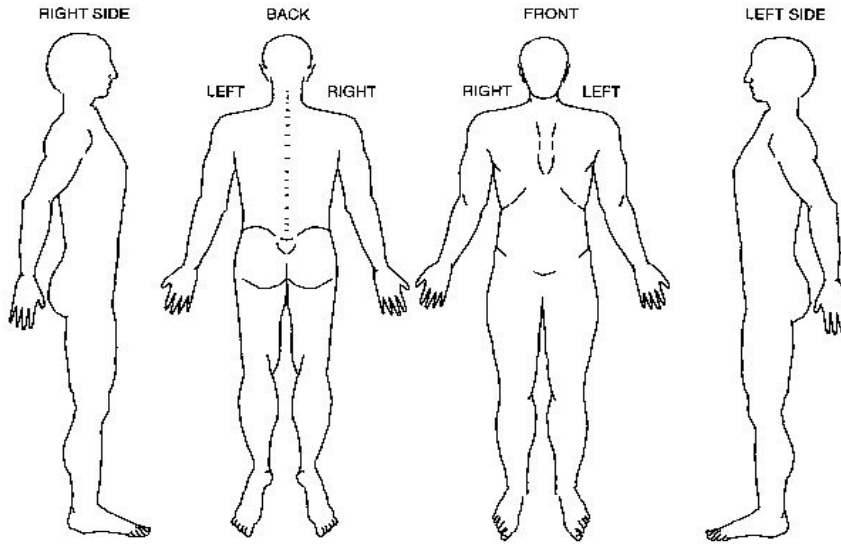
Reconocimiento y Acuerdo:
Protocolo Del Paciente Para Preservación De Registros

Yo _____, paciente del Dr. Skrill, reconozco y entiendo el protocolo del médico para la preservación de los registros del paciente. Acepto informar a la oficina del Dr. Skrill de cualquier cambio de dirección y acepto que todas las solicitudes de registro, ya sea por parte de mi o de mis representantes, deben hacerse por escrito. Acepto que la oficina del médico pueda cumplir con todos los requisitos legales de notificación por correo ordinario a mi dirección indicada, que está archivada en esta oficina.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

POR FAVOR INDIQUE LAS ZONAS DONDE USTED ESTÁ TENIENDO SÍNTOMAS

Indique CADA queja que le gustaría que el médico deba saber. Es muy importante responder completamente. Si necesita más espacio para enumerar quejas adicionales, notifique a la recepcionista.



<u>SINTOMA/QUEJA</u>	<u>SEVERIDAD (Círcule)</u>	<u>FRECUENCIA (Círcule)</u>	<u>COMIENZO</u>
1) _____ _____	Ligero, Templado, Moderado, Severo	Occasional, Intermitente, Frecuente, Constante	
2) _____ _____	Ligero, Templado, Moderado, Severo	Occasional, Intermitente, Frecuente, Constante	_____
3) _____ _____	Ligero, Templado, Moderado, Severo	Occasional, Intermitente, Frecuente, Constante	
4) _____ _____	Ligero, Templado, Moderado, Severo	Occasional, Intermitente, Frecuente, Constante	_____

Por favor, sintase libre de elaborar sobre cualquiera de los sintomas anteriores: _____

Lo Que Mejora Los Síntomas? _____ Peor? _____

Tipo de Dolor (CIRCULE) AGUDO ARDIENTE PUÑALADA DOLOR OTRO _____

¿Este Dolor Irradia o Viaja? _____

¿Su Dolor Es Peor En Cualquier Momento Del Día o De La Noche? _____

¿Te Despiertas En La Noche Debido Al Dolor? SI NO

¿Ha Sufrido Esto O Quejas Similares En El Pasado? SI NO

Por Favor Describa _____

¿Has Tenido CUATRO O Más Episodios De Este Dolor En El Pasado? SI NO

Por Favor Describa _____

POR FAVOR, DEVUELVA TODOS LOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA CUANDO HAYA TERMINADO

LISTA DE OTRAS LESIONES PASADAS, INCLUIDOS HUESOS ROTOS, CAÍDAS GRAVES, ACCIDENTE DE AUTO, ETC.:

LISTA DE TODAS LAS CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES Y FECHA APROXIMADA _____

¿QUÉ OTROS PROBLEMAS DE SALUD TIENES ACTUALMENTE QUE ESTAS CONCIENTE DE?

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES _____

¿Alguna vez ha tomado esteroides como PREDNISONA por mas de un mes?

SI NO

¿Alguna vez ha tomado anticoagulantes como HEPARIN o COUMADIN durante mas de un mes?

SI NO

¿Suele tener una Visión Mareada, Nauseosa, de Cabeza Liviana o vista Borrosa a girar la cabeza?

SI NO

Fecha de Último Examen Físico _____ Nombre del Médico de Familia _____

HISTORIA DE SALUD

¿Alguien en su familia tuvo Cáncer, Problemas Cardiacos, Diabetes, Problemas Espinales Crónicos, Trastornos Renales o otras enfermedades graves? Padre SI NO

Madre SI NO

Hermanos SI NO

Abuelos SI No

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS BAJO SU PROPIA DISCRECIÓN:

Fumas Cigarros SI NO ¿Cuántos Paquetes Al Día? _____

¿Cuántas Bebidas Alcohólicas Por Día? _____

¿Hace Ejercicio Regularmente? SI NO ¿Con Qué Frecuencia? _____

Es Su Dieta (Por Favor Circule)

ALTA / BAJO EN FIBRA

ALTO / BAJO EN COLESTEROL Y GRASAS SATURADAS

ALTO / BAJO EN FRUTAS Y VEGETALES FRESCAS

ALTO / BAJO EN ALIMENTOS RÁPIDOS Y COMIDA CHATARRA

ESTOY INTERESADO EN HABLAR CON EL DOCTOR SOBRE LO SIGUIENTE:

RAYOS X

RIESGOS PARA LA SALUD ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO

COSTOS DE TRATAMIENTO

ACUPUNCTURA

NUTRICION/DIETA

EJERCICIO/PÉRDIDA DE PESO

OTRA _____

INFORME DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cada tipo de cuidado de la salud está asociado con cierto riesgo de un posible problema. Esto incluye la atención médica quiropráctica. Queremos que esté informado sobre los posibles problemas asociados con la atención médica quiropráctica antes de consentir en el tratamiento. Esto se llama consentimiento informado.

Los ajustes quiroprácticos son el movimiento de los huesos con las manos del médico o el uso de una máquina. Con frecuencia, los ajustes crean un sonido / sensación "pop" o "clic" en el área que se está tratando.

En esta oficina, todos los médicos son médicos quiroprácticos altamente calificados, certificados a nivel estatal y nacional que se han graduado de colegios quiroprácticos acreditados a nivel nacional. Ocasionalmente, si su médico no está disponible, otro médico de la clínica estará disponible para tratarlo ese día si así lo desea.

Derrame Cerebral: El Derrame Cerebral es el problema más grave asociado con los ajustes quiroprácticos. Derrame Cerebral significa que una porción del cerebro no recibe suficiente oxígeno del torrente sanguíneo. Los resultados pueden ser una disfunción temporal o permanente del cerebro, con una complicación muy rara de muerte. Los ajustes quiroprácticos se han asociado con accidentes de derrame cerebral que surgen solo de la arteria vertebral. Esto se debe a que la arteria vertebral se encuentra realmente dentro de las vértebras del cuello. Los estudios más recientes (Diario de CCA, Vol. 37 No. 2, Junio de 1993) estiman que el incidente de este tipo de accidente cerebrovascular es 1 por cada 3,000,000 ajustes en el cuello superior. Esto significa que el quiropráctico promedio tendría que estar en práctica durante cientos de años antes de que se asociara estadísticamente con un solo accidente cerebrovascular del paciente. La evaluación adecuada, que recibiera a través de su examen e historial, debe reducir aún más el riesgo.

Hernia Discal: Las hernias de disco que crean presión en el nervio espinal o en la médula espinal con frecuencia son tratadas con éxito por los quiroprácticos y los ajustes quiroprácticos. Esto incluye hernias en el cuello como en la espalda. Sin embargo, ocasionalmente el tratamiento quiropráctico (ajustes, tracción, etc.) agravará los problemas si el disco está en una condición significativamente debilitada. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay estadísticas para cuantificar la probabilidad.

Lesión de Tejido Blando: Los tejidos blandos se refieren principalmente a músculos y ligamentos. Los músculos mueven los huesos y los ligamentos limitan el movimiento articular. En raras ocasiones, un ajuste quiropráctico, tracciones, terapia de masaje, etc., pueden rasgar algunas fibras musculares o de ligamentos. El resultado es un aumento temporal en el dolor y el tratamiento necesario para la resolución, pero no hay efectos a largo plazo para el paciente. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay estadísticas para cuantificar la probabilidad.

Fracturas de Costilla: Las costillas se encuentran solo en la columna dorsal o en la parte media de la espalda. Se extienden desde la espalda hasta el frente de tu pecho. En raras ocasiones, un ajuste quiropráctico puede romper una costilla o un hueso, y esto se conoce como una fractura. Esto ocurre solo en pacientes que tienen huesos debilitados a causa de osteoporosis. La osteoporosis a menudo se puede observar en sus radiografías. Ajustamos a todos los pacientes con mucho cuidado y especialmente aquellos que están en riesgo de osteoporosis en sus radiografías o historial médico. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay estadísticas para cuantificar la probabilidad.

Quemaduras de Terapia Física: Algunas de las máquinas que utilizamos generan calor. También utilizamos calor y hielo y recomendamos para el cuidado en el hogar ocasiones. La piel de todo mundo tiene una sensibilidad diferente a estas modalidades, y rara vez, el calor o el hielo pueden irritar la piel. El resultado es un aumento temporal en el dolor de la piel, e incluso puede causar ampollas en la piel. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay estadísticas para cuantificar la probabilidad.

Dolor: Es común que los ajustes quiroprácticos, la tracción, la terapia de masaje, el ejercicio, etc. provoquen aumento temporal del dolor en la región que se está tratando. Por lo general, este es un síntoma temporal que ocurre mientras su cuerpo experimenta un cambio terapéutico. No es peligroso, pero informe a su médico al respecto.

Otro Problemas: Puede haber otros problemas o complicaciones que puedan surgir del tratamiento quiropráctico que no sean los mencionados anteriormente. Estos otros problemas ocurren tan raramente que no es posible anticiparlos o explicarlos antes del tratamiento.

La quiropráctica es un sistema de atención médica y, por lo tanto, al igual que con cualquier sistema de atención médica, no podemos prometer una cura para ningún síntoma, enfermedad o problema como resultado del tratamiento en esta clínica. Siempre les brindaremos nuestra mejor atención, y si los resultados no son aceptables, derivaremos a otro proveedor que creemos que ayudará a su situación.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los anteriores, consulte a su médico. Cuando tenga una comprensión completa, firme y coloque la fecha a continuación.

NOMBRE DE PACIENTE IMPRESO

FECHA DE HOY

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PADRE O TUTOR PARA MENORES

RICHARD L. SKRILL D.C. M.S., M.Ac.
GABRIEL SKRILL D.C. FIAMA
3984 N. Campbell Ave
Tucson Az, 85719
Ph 520-321-1171, Fax 520-321-1183

Consentimiento Informado de Acupuntura Médica

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para la realización de tratamientos de acupuntura y otros procedimientos dentro del ámbito de la acupuntura médica (o del paciente mencionado a continuación, por el que soy legalmente responsable). Estos procedimientos serán realizados por Dr. Richard Skrill, Dr. Gabriel Skrill, o un acupunturista acreditado y acreditado asociado con la oficina.

Entiendo que los métodos de tratamiento que pueden incluir, entre otro, acupuntura, acupresión, masaje y uso de activador. Se me informó que la acupuntura es un método de tratamiento seguro, pero que puede tener los efectos secundarios poco frecuentes, como hematomas, entumecimiento o hormigueo cerca del sitio de la aguja, que pueden durar algunos días, mareos o desmayos. Los riesgos inusuales de la acupuntura aborto espontáneo, daño a los nervios, punción de órganos, neumotórax e infección. Estos riesgos inusuales pueden mitigarse mediante el uso de una técnica adecuadamente observada, punciones precisas, el uso de agujas estériles desechables y un entorno de trabajo limpio y seguro. Entiendo que si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios.

Informare de inmediato al médico si estoy o si estoy embarazada o si experimento algún efecto secundario desagradable. No espero que el médico pueda explicar todos los riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en el médico para que juzgue durante el curso del tratamiento, lo cual, en base a los hechos conocidos, me conviene. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Al firmar de forma voluntaria a continuación, muestro que he leído o que me han leído, este consentimiento para el tratamiento, que me han informado sobre el riesgo y los beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de obtener este consentimiento informado para cubrir todo el curso de tratamiento para mi condición actual y cualquier condición futura para la que busque tratamiento.

Nombre Del Paciente _____

Firma Del Paciente _____

Firma Del Guardián _____

Fecha De Firma _____

POR FAVOR, DEVUELVA TODOS LOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA CUANDO HAYA TERMINADO