

Dr. Andrew Riddle
Dr. Kelly Keener
Dr. Lauren Hitchens
Dr. Gary Morgan



Phone: (302) 422-3100
Fax: (302) 422-2900
AtlanticChiropractic.net

ATLANTIC CHIROPRACTIC ASSOCIATES, P.A.

Gentle, Effective Care for All Ages

Workers Compensation (Compensación a los Trabajadores)- New Patient Intake

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

Nombre: _____ Inicial del Nombre Medio: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

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

Correo Electrónico: _____ Numero 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 ¿Desempleado por la lesión? Si No

Nombre de su Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Título de Trabajo / Posición: _____ Descripción: _____

¿Tienes un abogado? Si No ¿Cuál es su nombre? : _____

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

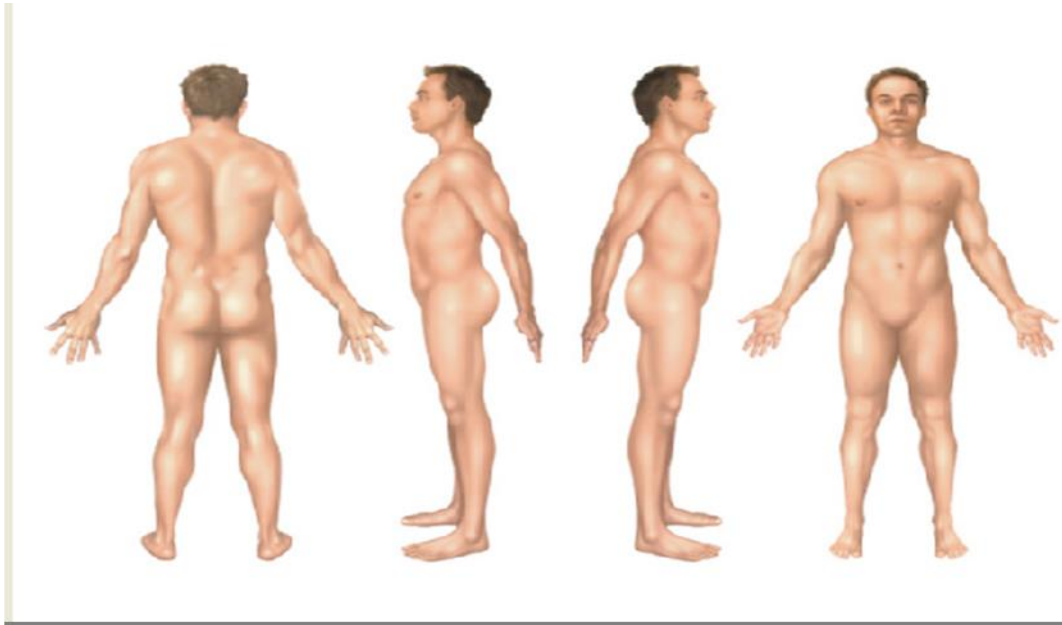
Doctor de Primario: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha del Accidente / Lesión: _____

DESCRIBA COME OCCURIO EL ACCIDENTE (REQUERIDO PARA PRESENTAR UNA DEMANDA):

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

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

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

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

Describe 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? _____

Patient Name: _____ 2

Patient #: _____ Date: _____

Después del accidente:

Inmediatamente después del accidente, experimento:

- Dolor 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 Otro: _____

¿Dónde fuiste después del accidente? Al Trabajo al Hospital Otro: _____

Departamento de Emergencia: (Si fuiste al hospital)

Nombre del Hospital: _____

¿Cómo llego: _____

¿Qué tipo de Exámenes le hicieron? Rayos X MRI CT Scan Análisis de Sangre

¿? _____

Resultados? _____

Medicamentos recetados: _____

Otros tratamientos: _____

Instrucciones a Seguir: _____

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

Área _____ % Mejorado: _____

Área _____ % Mejorado: _____

Área _____ % Mejorado: _____

Área _____ % Mejorado: _____

¿Tiene un historial de sus síntomas? Si No

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. _____

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: _____

Patient Name: _____ 3

Patient #: _____ **Date:** _____

Información General:

¿Con que mano escribe: Izquierda Derecha Ambas
Uso de 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

Medicamentos que este tomando:

Vitaminas/Suplementes 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 A1c> 9.0%? Si No No Se

Otros comentarios conciertes al Diabetes: _____

Patient Name: _____

Patient #: _____ **Date:** _____

Historial Medico:

Lesiones a la Cabeza, Cuello y la 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 su 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: _____

To be performed by clinic staff: **Height:** _____ *inches* **Weight:** _____ *lbs* **BP:** _____ / _____

Additional notes

Patient Name: _____

Patient #: _____ **Date:** _____

Authorization, Consent and Release

I consent and authorize the providers of Atlantic Chiropractic Associates, P.A. to examine and/or treat me / my child/legal dependent, if patient is a minor, today and during future office visits.

I authorize the release of any information, including the diagnosis and records of any treatment or examination rendered to me / my dependant during the period of such care to third party payers and/or other health practitioners.

I authorize and request my insurance company to pay benefits directly to Atlantic Chiropractic Associates, P.A., for the services rendered. I understand that my insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all co-pays, deductibles, and any other subscriber liabilities at the time that services are rendered, as are allowable.

Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient

Date

Financial Policy

We are dedicated to providing you with the best possible care and service and regard your understanding of our financial policies as an essential element of your care and treatment. To assist you, we have the following financial policy. If you have any questions, please feel free to discuss them with our staff. Unless other arrangements have been made in advance by either yourself or your health coverage carrier, **full payment is due at the time of service.** For your convenience, we accept Visa and MasterCard.

Your Insurance

We have made prior arrangements with many insurers and health care plans. We will bill those plans with whom we have an agreement and will collect any required co-payment at the time of service. The co-payment will be collected when you arrive for your appointment. In the event that your health coverage plan determines a service to be "not covered," **you will be responsible for the complete charge.** In that event, we will bill you and payment is due upon receipt of that statement.

If you have insurance coverage with a plan with which we do not participate, **payment is expected at the time that services are rendered.** We will provide you with a receipt from our office for you to submit to your insurance carrier. Your insurance company should then send the payment directly to you.

Missed Appointments

In order to provide the best possible service and availability to all our patients, there may be a \$15.00 fee for any doctor appointment not canceled at least 24 hours in advance. Also, due to the scheduling of massage therapy, there may be a fee of 75% of our regular massage charges for appointments not canceled at least 24 hours in advance. Please call us as early as possible if you know you will need to reschedule your appointment. More than three (3) "no show" appointments without a valid reason may result in discharge from our practice.

I have read and understand the financial policy of the practice; and, I agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended from time to time by the practice.

Acknowledgment of Privacy Practices

Our practice is committed to protecting privacy and confidentiality. With my consent, Atlantic Chiropractic Associates, P.A., may use and disclose Protected Health Information (PHI) about me or my dependant to perform treatment, payment and healthcare operations (TPO). Please refer to Notice of Privacy Practices of Atlantic Chiropractic Associates, P.A. for a complete description of such uses and disclosures. I acknowledge that a copy of said Notice of Privacy Practices was offered to me.

Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient

Date

Patient Name: _____ 6
Patient #: _____ Date: _____

Dr. Andrew Riddle
Dr. Kelly Keener
Dr. Lauren Hitchens
Dr. Gary Morgan

Phone: (302) 422-3100
Fax: (302) 422-2900
AtlanticChiropractic.net



ATLANTIC CHIROPRACTIC ASSOCIATES, P.A.

Gentle, Effective Care for All Ages

Record Release

I (Yo), _____ / _____,
Patient Name (Nombre del Paciente) Date of Birth (Fecha de Nacimiento)

hereby request my records and/or imaging reports be released from:
(solicito mi expediente y / o mi reportes de radiografías de:)

Organization (Organización)

Organization (Organización)

Organization (Organización)

and to be faxed/mailed/taken to Atlantic Chiropractic Associates, P.A.
(y que se envíen por fax, correo o sean llevados a Atlantic Chiropractic Associates, P.A)

Patient/Guardian _____ Date _____
(Paciente / Guardian) (Fecha)

Witness _____ Date _____

Patient Name: _____ 7
Patient #: _____ Date: _____