



APPLICATION FOR CARE/ SOLICITUD DE CUIDADO

Name: Home Phone:
Nombre Teléfono Residencial
Address: Work phone:
Dirección Teléfono del trabajo
City, State, Zip: Cell Phone:
Ciudad, Estado, Código postal Teléfono móvil
Email Address:
Correo Electrónico

Birth Date: Age: Marital Status: S M D W
Fecha de nacimiento Edad Estado Civil
Occupation: # Of Children:
Ocupación # de niños
Name & Number Of emergency Contact:
Nombre y número del contacto de emergencia
Relationship: Do You have insurance?
Relación ¿Tiene usted seguro?

History of Complaint /Historia Medio

Please identify the condition(s) that brought you to this office (in order of severity), and circle your level of pain on a scale of 1 to 10 (Zero=no pain;10= Worst pain)/Identifique la(s) condición(es) que lo llevaron a esta oficina (en orden de gravedad) y encierre en un círculo su nivel de dolor en una escala del 1 al 10 (Cero=sin dolor; 10=Peor dolor).

- 1. Pain Level: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel de dolor
2. Pain Level: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel de dolor
3. Pain Level: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel de dolor

When did the problem(S) begin?
¿Cuándo comenzaron los problemas?

When is the problema at its worst? Early AM mid-morning mid-day Early evening Late evening
¿Cuándo empeora el problema? Temprano en la mañana mediodía Temprano en la noche Tarde noche

How long does it last? Constant throughout day I experience it on and off during the day
¿Cuánto dura? Constante durante toda el día Lo experimento intermitentemente durante el día
It comes and goes throughout the week
Va y viene durante la semana

How did the injury happen?
¿Cómo ocurrió la lesión?

Is your problem the result of ANY type of accident? Yes NO

¿Su problema es a causa de CUALQUIER tipo de accidente?

Has the condition(s) ever been treated by anyone in the past? Yes NO

¿Ha recibido atención médica por este problema anteriormente?

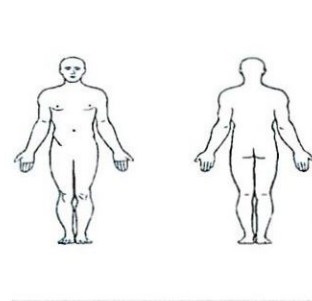
If yes, when: and by who?
En este caso, ¿cuándo? ¿Y por quién?

How long were you under care: What were the results:
¿Cuánto tiempo estuvo recibiendo tratamiento? cuales fueron los resultados

Name of previous Chiropractor:
Nombre de el quiropráctico anterior

PLEASE MARK the areas on the diagram with the following letters to describe your symptoms:
POR FAVOR MARQUE las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| R = Radiating
Irradiante | A = Aching
Doloroso |
| B = Burning
Quemazón | N = Numbness
Entumecimiento |
| D = Dull
Sordo | S = Sharp/Stabbing
Punzante |
| T = Tingling
Hormigueo | |



What relieves your symptoms? / ¿Qué alivia tus síntomas?

What makes them feel worse? / ¿Qué las hace sentir peor?

Please list any restricted activities, your current activity level, and your usual activity level:
 Enumere las actividades restringidas, su nivel de actividad actual y su nivel de actividad habitual:

RESTRICTED ACTIVITY / ACTIVIDAD RESTRINGIDA	CURRENT ACTIVITY LEVEL / NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL	USUAL ACTIVITY LEVEL / NIVEL DE ACTIVIDAD HABITUAL
EX: Walking/ Caminar	ex: walk half mile 2x/week/caminar media milla 2 veces por semana	ex: walk one mile 4x/week/caminar una milla 4 veces por semana

Identify any other injuries to your spine, minor or major, that the doctor should know about:
 Identifique cualquier otra lesión en la columna, menor o mayor, que el médico deba conocer:

Please list **all** prescription medications (and their purpose) and non-prescription medications/vitamins/supplements you are currently/Enumere **todos** los medicamentos recetados (y su objetivo) y los medicamentos/vitaminas/suplementos sin receta que esté tomando actualmente.

Females: Is there any chance that you are pregnant?/**Femeninas:** ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Yes No



PAST HISTORY / Historial de la condicion

Have you suffered with any of this or a similar problem in the past? Yes No
 ¿Ha sufrido alguno de estos problemas o un problema similar en el pasado?

If yes, how many times? _____ When was the last episode? _____
 En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue el último episodio?

How did the injury happen?/¿Cómo ocurrió la lesión?

Have you tried any other forms of treatment/ ¿Has intentado alguna otra forma de tratamiento? Yes No

If yes, please state what type of treatment: _____, and who provided it: _____

En caso afirmativo, indique qué tipo de tratamiento: _____, y quién lo proporcionó:

How long ago? _____ What were the results: favorable unfavorable please explain:

¿Hace cuanto? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? Favorables desfavorables por favor explique:

Please identify any and all types of jobs, activities, or events you have experienced in the past that have imposed any physical stress on you or your body/Identifique todos y cada uno de los tipos de trabajos, actividades o eventos que haya experimentado en el pasado y que haya impuesto algún estrés físico a usted o a su cuerpo:

Please identify ALL PAST and any CURRENT conditions you feel may be contributing to your present problem/Identifique TODO EL PASADO y cualquier condición ACTUAL que crea que puede estar contribuyendo a su problema actual:

	Condition	How long ago	Type of care received	By whom
Injuries				
Surgeries				

Social History/ Historia social

- Todos los días Los Fines de semana Ocasionalmente Nunca
- Smoking: cigars cigarettes pipe daily weekends occasionally never
 Fumar: Cigarros Cigarrillos puros
 - Alcoholic beverage consumption: daily weekends occasionally never
 Consumo de bebidas alcohólicas:
 - Recreational drug use: daily weekends occasionally never
 Uso de drogas recreativas:

4. Hobbies/recreational activities/exercise/sports/:Pasatiempos/actividades recreativas/ejercicio/deportes

Family History/ Historial familiar

1. Does anyone in your family suffer with the same condition(s)? Yes No

Alguien en su familia sufre la misma condición(es)?

If yes whom: grandmother grandfather mother father sibling(s) son(s) daughter(s)

Si es así, ¿quién? abuela abuelo madre padre hermano(s) hijo(s) hija(s)

Have they ever been treated for their condition? Yes No I don't know

¿Alguna vez han sido tratados por su condición? Si No No lo sé

2. Any other hereditary conditions the doctor should be aware of? No Yes

¿Alguna otra condición hereditaria que el médico deba tener en cuenta?

Please mark the listed items below as: P (Past) C (Currently) N (Never)

<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> allergies	<input type="checkbox"/> frequent colds/Flu
Dolor de cabeza	Alergias	resfriados frecuentes /Gripe
<input type="checkbox"/> Neck pain	<input type="checkbox"/> Convulsion/Epilepsy	<input type="checkbox"/> High blood pressure
Dolor de cuello	convulsiones/epilepsia	Hipertensión
<input type="checkbox"/> Jaw Pain, TMJ	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Low blood pressure
Dolor de mandíbula, ATM	Mareos	Presión arterial baja
<input type="checkbox"/> Shoulder pain	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Ulcers
Dolor de hombro	Desmayo	Úlceras
<input type="checkbox"/> Upper back pain	<input type="checkbox"/> Blurred vision	<input type="checkbox"/> Digestive problems
Dolor de espalda superior	Visión Borrosa	Problemas digestivos
<input type="checkbox"/> Mid back	<input type="checkbox"/> Double Vision	<input type="checkbox"/> Colon Trouble
Dolor de espalda media	Visión Doble	Problemas de colon
<input type="checkbox"/> Low back	<input type="checkbox"/> Loss of balance	<input type="checkbox"/> Diarrhea/Constipation
Dolor de espalda baja	Pérdida del equilibrio	Diarrea/Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Hip pain	<input type="checkbox"/> Tremors	<input type="checkbox"/> Kidney trouble
Dolor de cadera	Temblores	problemas renales
<input type="checkbox"/> Back Curvature\Scoliosis	<input type="checkbox"/> Sinus/ Drainage problems	<input type="checkbox"/> Gallbladder trouble
Curvatura de espalda\escoliosis	Problemas De drenaje/sinusitis	Problemas de vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Numb/Tingling arms	<input type="checkbox"/> Ringing in ears	<input type="checkbox"/> Liver trouble
Brazos entumecidos/ Hormigueos	Zumbido en los oídos	Problemas hepáticos
<input type="checkbox"/> numb /tingling hands/ fingers	<input type="checkbox"/> Hearing loss	<input type="checkbox"/> Prostate problems
Dedos de las manos entumecidos/ Hormigueantes	Pérdida de la audición	Problemas de próstata
<input type="checkbox"/> numb / Tingling legs	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Impotence
Piernas Entumecidas/ Hormigueantes	Asma	Impotencia
<input type="checkbox"/> Numbs / tingling feet/toes	<input type="checkbox"/> Difficulty Breathing	<input type="checkbox"/> Menstrual Problems
Dedos de los pies entumecidos / Hormigueantes	Respiración dificultosa	Problemas menstruales
<input type="checkbox"/> Knee problems	<input type="checkbox"/> Lung problems	<input type="checkbox"/> Irritable
Problemas de rodilla	Problemas Pulmonares	Irritable
<input type="checkbox"/> foot problems	<input type="checkbox"/> Heart problems	<input type="checkbox"/> Chestpain
Problemas en los pies	Problemas del corazón	Dolor en el pecho
	<input type="checkbox"/> Depression	
	Depresión	



___ swollen/painful joints/Articulaciones hinchadas/Dolorosas

Please mark the listed items below as: P (Past) C (Currently) N (Never)

- | | | |
|---|--|---|
| ___ broken bone
Hueso roto | ___ tumors
Tumores | ___ diabetes
Diabetes |
| ___ disability
Discapacidades | ___ heart attack
Infarto de miocardio | ___ dislocations
Dislocación |
| ___ cancer
Cáncer | ___ cerebrovascular
Cerebrovascular | ___ thyroid disorder
Trastornos de la tiroides |
| ___ rheumatoid arthritis
artritis reumatoide | ___ osteoarthritis
osteoartritis | ___ swollen/painful joints/Articulaciones hinchadas/Dolorosas |

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a Champion Wellness center of Haines city por todos los beneficios que puedan pagarse según un plan de atención médica o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo el uso de esta solicitud o copias de la misma con el fin de procesar reclamos y afectar los pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios no me exime de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que seguiré siendo financieramente responsable ante Champion Wellness center of Haines city por cualquier y todos los servicios que recibo en esta oficina que no están cubiertos por un plan de atención médica.

Signature of Patient or Authorized Person/Firma del paciente o persona autorizada Date/Fecha

Signature of Doctor

Date

Notes/ Notas

Four horizontal lines for writing notes.



ACTIVITIES OF DAILY LIVING/ ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Please identify how your current condition is affecting your ability to carry out activities that are routinely part of your life./ identifique cómo su(s) condición(es) actual(es) están afectando su capacidad para realizar actividades que habitualmente forman parte de su vida.

Reading/Concentrating Leer/ Concentrarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Extended Computer Use Uso extendido de la computadora	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Washing/Bathing Lavar/Bañarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Dressing Vestir	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Shaving Afeitarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Taking Out Garbage Sacar la basura	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Sleeping Dormir	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Rolling Over voltearse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Carring (Groceries, Children) Cargar(Compros.Niño)	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Lifting (Groceries,Children) Levantar (compras,niños)	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Yard work Trabajo en el patio	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Pet Care Cuidado de mascotas	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar

Driving Conducir	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Walking Caminar	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Bending Doblarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Sitting Sentarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Standing Parrarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Sit to stand position Acción de sentarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Stand to Sit Position Acción de levantarse	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Climbing Stairs Subir Escalada	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Household Chores Tareas del hogar	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Sweeping/ Vacuuming Uso de aspiradora	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Dishes Fregar	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar
Laundry Lavadero	N/A	No Effect	Painful (can do) Doloroso (puede hacer)	Painful (limits) Doloroso (límites)	Unable to Perform No se pudo realizar

Escala Analógica Visual Cuadruple

Nombre: _____

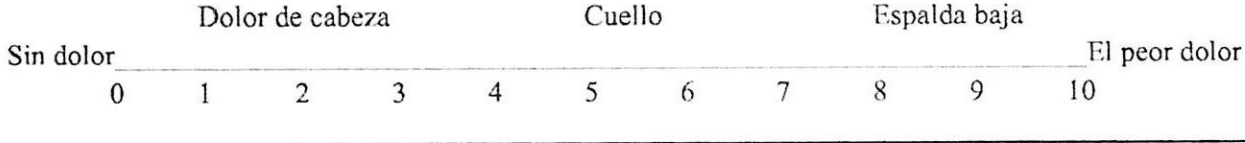
Fecha: _____

Favor leer cuidadosamente:

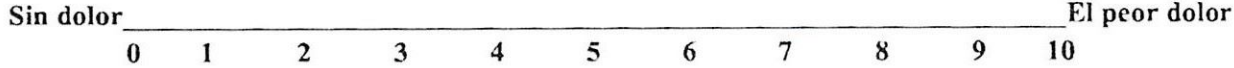
Instrucciones: Favor de circular el número que mejor describa la contestación de la pregunta.

Nota: Si tiene más de un problema, favor de contestar cada pregunta individualmente para cada problema e indique la puntuación de cada uno. Favor de indicar su dolor hoy, en su estado regular y en su peor estado.

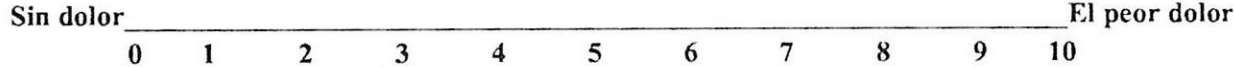
Ejemplo:



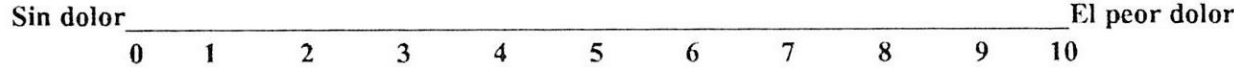
1- ¿Cómo está su dolor ahora mismo?



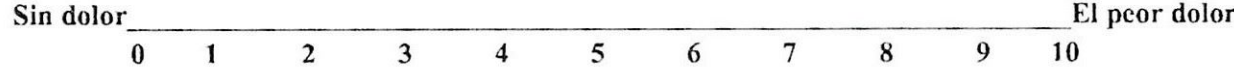
2- ¿Cómo es su dolor en promedio?



3- ¿Cómo es su dolor en su mejor momento (cuán cerca del 0)?



4- ¿Cómo es su dolor en su peor momento (cuán cerca del 10)?



Otros comentarios:

Ridge Chiropractic Care NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

This office is required to notify you in writing, that by law, we must maintain the privacy and confidentiality of your **Personal Health Information**. In addition we must provide you with written notice concerning your rights to gain access to your health information, and the potential circumstances under which, by law, or as **dictated by our office policy**, we are permitted to disclose information about you to a third party without your authorization. Below is a brief summary of these circumstances. If you would like a more detailed explanation, one will be provided to you. Once you have read this notice, please sign the last page, and return only the signature page (page 2) to our front desk staff. Keep this page for your records.

PERMITTED DISCLOSURES:

1. Treatment purposes - discussion with other health care providers involved in your care.
2. Inadvertent disclosures - open treating area means open discussion. If you need to speak privately to the doctor, please let our staff know so we can place you in a private consultation room. Often, private conversations require a specific appointment time outside of our normal adjusting hours. Please see a front desk staff member, and we will be happy to schedule this for you.
3. For payment purposes - to obtain payment from your insurance company or any other collateral source.
4. For workers compensation purposes - to process a claim or aid in investigation.
5. Emergency - in the event of a medical emergency we may notify a family member.
6. For public health and safety - in order to prevent or lessen a serious or eminent threat to the health or safety of a person or general public.
7. To government agencies or law enforcement – to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person.
8. For military, national security, prisoner and government benefits purposes.
9. Deceased persons – discussion with coroners and medical examiners in the event of a patient's death.
10. Telephone calls or emails and appointment reminders - **we may call your home and leave messages** regarding a missed appointment or notify you of changes in practice hours or upcoming events.
11. Change of ownership - in the event this practice is sold, the new owners would have access to your PHI.

YOUR RIGHTS:

1. To receive an accounting of disclosures.
2. To receive a paper copy of the comprehensive (detailed) privacy notice.
3. To request mailings to an address different than residence.
4. To request restrictions on certain uses and disclosures and with whom we release information to, although we are not required to comply. If, however, we agree, the restriction will be in place until written notice of your intent to remove the restriction.
5. To inspect your records and receive one copy of your records at no charge, with notice in advance.
6. To request amendments to information. However, like restrictions, we are not required to agree to them.
7. To obtain one copy of your records at no charge, when timely notice is provided (72 hours).

COMPLAINTS:

If you wish to make a formal complaint about how we handle your health information, please call us at 813-409-3304. If we're unavailable, you may make an appointment with our receptionist within 72 hours, or 3 working days. If you are still not satisfied with the manner in which this office handles your complaint, you can submit a formal complaint to:

DHHS - Office of Civil Rights
200 Independence Ave. SW
Room 509F HHH Building
Washington DC 20201

Please initial here: _____ if you wish to retain your copy of Page 1 of this notice.

Ridge Chiropractic Care's NOTICE REGARDING YOUR RIGHT TO PRIVACY continued....

I have received a copy of Ridge Chiropractic Care's Patient Privacy Notice. I understand my rights as well as the practice's duty to protect my health information and have conveyed my understanding of these rights and duties to the doctor. I further understand that this office reserves the right to amend this Notice of Privacy Practice at any time in the future and will make the new provisions effective for all information that it maintains past and present.

I am aware that a more comprehensive version of this notice is available to me. At this time, I do not have any questions regarding my rights or any of the information I have received.

PRINT Patient's Name

Date of Birth

Chart#

Signature of Patient or Guardian

Date

Witness

Date