



10540 S Post Oak Rd
Houston, Texas 77035
713-723-8300 Office 713-583-4166 Fax
contactus@hcschiro.com
www.hcschiro.com

Patient Identification
Identificación del paciente

PATIENT ID
Paciente ID

Name: _____
Nombre:

Email (print only) _____
Correo electronico (Letra de Imprenta):

Cell Phone: _____
Teléfono móvil:

Drivers License #: _____
Licencia de conducir #

Emergency Contact Name: _____
Nombre de contacto de emergencia:

→ **Emergency Contact Phone:** _____
Teléfono de contacto de emergencia:

Height: _____
Altura:

Weight: _____
Peso:

Nationality: _____
Nacionalidad:

Social Security #: _____
Seguro Social:

Referred by:
Referido por:

Name: _____
Nombre:

Phone: _____
Telefono:

Circle if apply: Google Mapquest Yelp Facebook Bing TeamCME FAA AOPA
Circule si aplica:

Other: _____
Otro:



PATIENT REGISTRATION INFORMATION

INFORMACION DE REGISTRO DEL PACIENTE

Date: _____

Fecha:

Patient Name: _____

Nombre del Paciente:

Address (Street, City, State, Zip Code): _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):

DOB: _____

Fecha de nacimiento:

Age: _____

Edad:

Marital Status: S M W D

Estado civil:

Gender: M / F

Genero:

Home Phone: _____

Teléfono de habitación:

Social Security #: _____

Seguridad social #:

State Issued ID #: _____

Documento de identidad:

Occupation: _____

Ocupación:

Employer: _____

Empleador:

Business Phone: _____

Teléfono de negocios:

What type of care are you seeking today? (circle one)

Que tipo de atención esta buscando hoy? (Circule uno)

ChiroCare

Plan de atención
quiropráctica

Personal Injury/Automobile Accident

Lesiones Personales/ Accidente Automovilístico

Worker's Compensation

Compensacion del Trabajador

Crime Victim's Compensation

Compensación a las Víctimas del Crimen

Rehabilitation/Therapy

Rehabilitación/Terapia

Aquatherapy

Acuaterapia

Other: _____

Otro:



Insurance Information

Insurance Company Name: _____ Claim #: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____ Reclamo #:

Adjuster Name: _____ Adjuster Contact #: _____ Ext _____
Nombre del Ajustador: _____ Contacito del Ajustador #:

Date of Injury: _____ Mechanism of Injury: _____
Fecha de la lesión: _____ Mecanismo de lesión:

Please complete if patient is a minor
Por favor complete si el paciente es menor de edad

Parent/ Guardian Name: _____ Contact #: _____
Nombre de Padre/Guardian: _____ Contacto #:

Employer: _____ Work #: _____
Empleador: _____ Trabajo #:

Healthcare Solutions has authorization to treat my minor child.
Healthcare Solutions tiene autorización para tratar a mi hijo menor de edad.

Signature Date: _____ Signature of Parent: _____
Fecha de Firma: _____ Firma del Padre:



The Nature of ChiroCare: The doctor will use her hands or a mechanical device in order to move your joints back into place. You may feel a “click” or “pop”, such as the same noise when a knuckle is “cracked”. This sound is simply air being released from your joints. This causes for better function and increased ranges of motion within the spine and extremities. Following every adjustment our Chiropractor always recommends ice packs in the adjusted area if you are to feel mild soreness. Various other ancillary procedures, such as thermotherapy, cryotherapy, electrical muscle stimulation, therapeutic ultrasound, therapeutic massage, vibratherapy, spinal traction, etc. could also be prescribed in order to maximize your treatment.

Possible Risks: As with any health care procedure, complications are possible following chiropractic manipulation. Please note that these are “rare” situations. Complications could include muscular strain, ligamentous sprain, injury to intervertebral discs, nerve, and/or spinal cord. Cauda Equina Syndrome, Cerebrovascular injury or stroke are also minor risk factors of ChiroCare. A minority of patients may notice stiffness within the first 24 hours of treatment. Ancillary procedures could produce skin irritation, burns or any minor complications in terms of allergies.

Probability of risks occurring: The risks of complications due to chiropractic treatment have been described as “rare”, about as often as complications are seen from the taking of a single aspirin tablet. The risk of cerebrovascular injury or stroke, has been estimated as one in one million to one in twenty million and can be even further reduced by screening procedures. The probability of adverse reaction due to ancillary procedures is also an extremely small percentage.

Other treatment options which could be considered may include the following:

- Over the counter analgesics: The risks of these medications include irritation to stomach, liver and kidneys, and other side effects in a significant number of cases.
- Medical care, typically anti-inflammatory drugs, tranquilizers, and analgesics. Risks of these drugs include a multitude of undesirable side effects and patient dependence in a significant number of cases.
- Hospitalization in conjunction with medical care adds risk of exposure to virulent communicable disease in a significant number of cases.
- Surgery in conjunction with medical care adds the risks of adverse reaction to anesthesia, as well as an extended convalescent period in a significant number of cases.

Risks of remaining untreated: Delay of treatment allows formation of adhesions, scar tissue, other possible degenerative changes. Some unfortunate changes can be irreversible and can further reduce skeletal mobility, and induce chronic pain cycles. It is quite probable that delay of treatment will complicate the condition and make future rehabilitation more unnecessarily difficult.

Risk consent: I have had the following unusual risks of my case explained to me. I have read the explanation above of ChiroCare treatment. I have had the opportunity to have any questions answered to my satisfaction. I have fully evaluated the risks and benefits of undergoing my ChiroCare Treatment Plan. I have freely decided to undergo the recommended treatment plan and hereby give full consent to ChiroCare treatment.

Printed Name

Nombre (Letra de Imprenta)

Signature

Firma

Date

Fecha



La naturaleza de ChiroCare: el médico usará sus manos o un dispositivo mecánico para mover las articulaciones a su lugar. Es posible que sienta un “clic” o un “chasquido”, como el mismo ruido cuando se “cruje” un nudillo. Este sonido es simplemente el aire que se libera de las articulaciones. Esto provoca una mejor función y un mayor rango de movimiento dentro de la columna vertebral y las extremidades. Después de cada ajuste, nuestro quiropráctico siempre recomienda bolsas de hielo en el área ajustada si siente un dolor leve. También se pueden prescribir varios otros procedimientos auxiliares, como termoterapia, crioterapia, electroestimulación muscular, ultrasonido terapéutico, masaje terapéutico, vibraterapia, tracción espinal, etc. para maximizar su tratamiento.

Posibles riesgos: Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, es posible que surjan complicaciones después de la manipulación quiropráctica. Tenga en cuenta que estas son situaciones "raras". Las complicaciones pueden incluir distensión muscular, esguince de ligamentos, lesión de discos intervertebrales, nervios y/o médula espinal. El Síndrome de Cauda Equina, la lesión Cerebrovascular o el accidente Cerebrovascular también son factores de riesgo menores de ChiroCare. Una minoría de pacientes puede notar rigidez dentro de las primeras 24 horas de tratamiento. Los procedimientos auxiliares pueden producir irritación de la piel, quemaduras o cualquier complicación menor en términos de alergias.

Probabilidad de que ocurran los riesgos: Los riesgos de complicaciones debido al tratamiento quiropráctico se han descrito como "raros", con tanta frecuencia como las complicaciones que se observan al tomar una sola tableta de aspirina. Se ha estimado que el riesgo de lesión cerebrovascular o accidente cerebrovascular es de uno en un millón a uno en veinte millones y puede reducirse aún más mediante procedimientos de detección. La probabilidad de reacción adversa debido a procedimientos auxiliares también es un porcentaje extremadamente pequeño.

Otras opciones de tratamiento que podrían considerarse pueden incluir las siguientes:

- Analgésicos de venta libre: Los riesgos de estos medicamentos incluyen irritación del estómago, el hígado y los riñones, y otros efectos secundarios en un número importante de casos.
- Atención médica, típicamente medicamentos antiinflamatorios, tranquilizantes y analgésicos. Los riesgos de estos fármacos incluyen multitud de efectos secundarios indeseables y dependencia del paciente en un número importante de casos.
- La hospitalización junto con la atención médica aumenta el riesgo de exposición a enfermedades transmisibles virulentas en un número significativo de casos.
- La cirugía junto con la atención médica agrega los riesgos de reacción adversa a la anestesia, así como un período prolongado de convalecencia en un número significativo de casos.

Riesgos de permanecer sin tratamiento: La demora en el tratamiento permite la formación de adherencias, tejido cicatricial, otros posibles cambios degenerativos. Algunos cambios desafortunados pueden ser irreversibles y pueden reducir aún más la movilidad esquelética e inducir ciclos de dolor crónico. Es muy probable que la demora en el tratamiento complique la afección y dificulte innecesariamente la futura rehabilitación.

Consentimiento de riesgo: Me han explicado los siguientes riesgos inusuales de mi caso. He leído la explicación anterior del tratamiento ChiroCare. He tenido la oportunidad de que me respondieran algunas preguntas a mi entera satisfacción. He evaluado completamente los riesgos y beneficios de someterme a mi Plan de Tratamiento ChiroCare. He decidido libremente someterme al plan de tratamiento recomendado y por la presente doy pleno consentimiento para el tratamiento con ChiroCare.

Nombre (Letra de Imprenta)

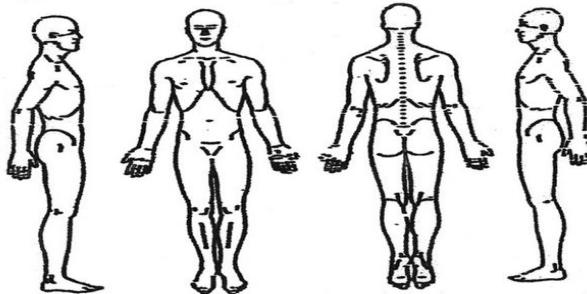
Firma

Fecha



CIRCLE YOUR PAIN REGION(S):

CIRCULAR SUS REGIONES DE DOLOR:



What is your major symptom? (indicate above) _____

Cual es tu síntoma principal? (indicar arriba)

How long have you been dealing with this pain? _____

Cuanto tiempo ha estado lidiando con este dolor?

Date of Injury: _____

Fecha de la lesión:

What does this prevent you from doing or enjoying? _____

Que le impide hacer o disfrutar?

How did the injury occur? _____

Como ocurrió la lesión?

How frequent is the condition? Constant _____ Daily _____ Intermittent _____ Night Only _____

Que tan frecuente es la condición? Constante Diaria Intermitente Solo de Noche

Have you noticed any unusual symptoms or conditions that may be related to your symptom?

Ha notado algún síntoma o condición inusual que pueda estar relacionado con su síntoma?

No _____ Yes _____ (describe) _____

No Si (describa)

Describe your pain: Sharp _____ Dull _____ Numbness _____ Tingling _____ Aching _____

Describa su dolor: Agudo Tedioso Entumecimiento Hormigüeo Doloroso

Burning _____ Stabbing _____ Other _____

Ardor Punzante Otro

What makes the problem worse? _____

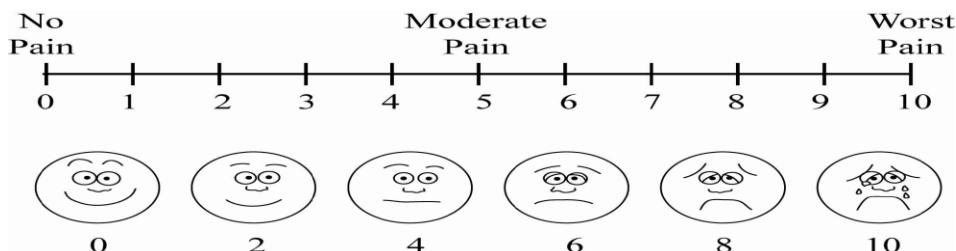
Que empeora el problema?

Is there anything that helps to relieve the problem? _____

Hay algo que ayude a aliviar el problema?

Women: Are you pregnant or is there any possibility that you may be pregnant? Yes _____ No _____

Mujeres: Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo?





10540 S Post Oak Rd
Houston, Texas 77035
713-723-8300 Office 713-583-4166 Fax

Insurance Carrier: _____

Compañía de Seguros

Claims Adjuster: _____

Ajustador de Reclamos:

Address: _____

Dirección:

City, State: _____

Ciudad, Estado:

Date of Injury: _____

Fecha de la Lesión:

Attorney (if applicable): _____

Abogado (si corresponde):

From: Billing Department

De: Departamento de Facturación

Healthcare Solutions

10540 S. Post Oak Rd.

Ste. 200

Houston, Texas 77035

Claim #: _____

Reclamo #: _____

Assignment of Benefits

I hereby authorize payment directly to **Healthcare Solutions** of all benefits otherwise payable to me but not to exceed the total charges for the services rendered. I hereby authorize the above named provider to furnish my insurance companies or its representatives any information necessary for services rendered. I have been informed about the charges and I understand that I am financially responsible to **Healthcare Solutions** for all charges not covered by my insurance policy. A photostat copy of the authorization is as valid as the original. This authorization is valid indefinitely.

Patient's Name (Printed)

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Parent/Guardian if minor (Printed)

Padre/Tutor si es menor (Letra de Imprenta)

Signature

Firma

Date

Fecha



10540 S Post Oak Rd
Houston, Texas 77035
713-723-8300 Office 713-583-4166 Fax

Compañía de Seguros: _____

Ajustador de Reclamos: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____

Fecha de la lesión: _____

Abogado (si aplica): _____

De: Departamento de Facturación

Healthcare Solutions

10540 S. Post Oak Rd.

Ste. 200

Houston, Texas 77035

Reclamo #: _____

Asignacion de Beneficios

Por la presente, autorizo el pago directamente a **Healthcare Solutions** de todos los beneficios que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan los cargos totales por los servicios prestados. Por la presente, autorizo al proveedor mencionado anteriormente a proporcionar a mis compañías de seguros o a sus representantes cualquier información necesaria para los servicios prestados. He sido informado sobre los cargos y entiendo que soy financieramente responsable ante **Healthcare Solutions** por todos los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro. Una copia fotostática de la autorización es tan válida como el original. Esta autorización es válida indefinidamente.

Nombre del paciente (Letra de Imprenta)

Padre/Tutor si es menor (Letra de Imprenta)

Firma

Fecha