

Healing Touch Chiropractic  
320 Liberty St. SE Salem, OR 97301  
Dr. Zohra Campbell, DC  
Dr Andrew Teller, DC

Today's Date: \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de: Cell: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

¿Como escucho de nosotros? \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_

Trabajo/Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historia de salud

Razon por su visita \_\_\_\_\_

Lista de doctores que ha visto por esta condición \_\_\_\_\_

Lista de diagnóstico y tratamiento \_\_\_\_\_

¿Ha tenido lesiones similares antes? Si/No, Explique \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento quiropráctico antes? Si/No, Explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido tratamiento de alguna condición médica por otro doctor en el ultima año? Si/No, Explique \_\_\_\_\_

---

### Medicamentos y estilo de vida

¿Está tomando medicamentos? -Si/No-Cuales? \_\_\_\_\_

Lista de condiciones porque está tomando medicamentos \_\_\_\_\_

¿Ha tomado medicamentos en el último año? -Si/No- Cuales? \_\_\_\_\_

Apunte fechas de sugerías que ha tenido: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma? -Si/No- Alcohol? -Si/No- Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_ Cafeína por día \_\_\_\_\_

¿Toma vitaminas o suplementos? -Si/No- Que tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

### Actividades

Que actividades agreden su condición/dolor? \_\_\_\_\_

Que actividades mejoran su condición/dolor? \_\_\_\_\_

¿Esta condición es peor en un momento específico del día? \_\_\_\_\_

¿Su condición está empeorando? Explique \_\_\_\_\_

Esta condición interfiere con los siguiente: Trabajo \_\_\_\_\_ Dormir \_\_\_\_\_ Rutina \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Que son 3 actividades que no puede hacer o tiene dificultades al resultado de su preocupación principal?

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

Circule el numero asociado con esa actividad:    No puede realizar = 10    Si puede realizar = 0
--

Healing Touch Chiropractic  
320 Liberty St. SE Salem, OR 97301  
Dr. Zohra Campbell, DC  
Dr Andrew Teller, DC

Today's Date: \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_

Por favor marque cada condición o síntoma que tiene o a tenido dentro de un año.

**General**

- Convulsiones
- Mareo
- Desmayos
- Dolor de cabeza
- Nerviosismo
- Adormecimiento
- Sibilancia

**Musculo/Coyuntura**

- Problemas con su espalda baja
- Dolor entre los hombros
- Problemas de cuello
- Problemas de brazo
- Problemas de pierna
- Coyunturas hinchadas
- Dolor en coyunturas
- Coyunturas tiesas
- Músculos mallugados
- Músculos débiles
- Problemas de caminar
- Esquincé
- Huesos quebrados

**Cardio-Vascular**

- Presión alta
- Ataque de corazón
- Dolor encima del corazón
- Circulación pobre
- Problemas del corazón
- Latidos rápidos
- Latidos lentos
- Derrame
- Tobillos hinchados
- Venas Varicosas

**Oído/nariz/Garganta**

- Dolor en el oído
- Zumbado de oído
- Tiroides grandes
- Resfriado frecuente
- Fiebre de Heno
- Tapado nasal
- Sangrado de nariz
- Dolor atrás de los ojos
- Problemas de visión
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Anginas

**Gastro-Intestinal**

- Repetir/gas
- Problemas del colon
- Constipación
- Diarrea
- Exceso de hambre
- Exceso de sed
- Problemas de vesícula
- Hemorroides
- Hígado/Vesícula biliar
- Nausea
- Dolor en el abdomen
- Ulcera
- Pérdida de apetito
- Digestión pobre
- Vomitando
- Vomitando sangre
- Desecho negro
- Sangre en desecho
- Pérdida/subida de peso

**Respiratorio**

- Asthma
- Tos crónica
- Dificultad respirando
- Escupiendo sangre
- Escupiendo flemas

**Genitor-Urinaría**

- Sangre en el orine
- Orinar frecuente
- Infección de riñones
- Dolor mientras orina
- Problema de la próstata
- Des control de la vejiga

**Skin o Alergias**

- Absceso de la piel
- Moretones fácil
- Sequedad de piel
- Eczema
- Urticaria
- comezón
- Piel sensible
- Alergia

**Solo para MUJERES**

- Anticonceptivos
- Remplazo de hormonas
- Calambres
- Fluido excesivo
- Rachas de calor
- Siclo irregular
- Aborto espontáneo
- Dolor de menstruación
- Descarga vaginal
- Dolor de pecho
- ¿Está embarazada? Yes/No

**Menu de servicios**

Favor de poner sus iniciales al lado del servicio que se hará financieramente responsable si su aseguranza no lo cubre.

\_\_\_ **Cuidado quiropráctico** ~ Los doctores de HTC usan variedades de técnicas manipulativas quiroprácticas, como movimientos ligeros de las coyunturas basadas en su necesidad y preferencia. (\$68 - \$80)

\_\_\_ **Masaje** ~Agrega un masaje de 15 minutos a tu sita de quiropráctico. 15 minutos = una unidad. (\$25)

\_\_\_ **Trigger Point** ~ Técnica de soltar tensión de los músculos. (\$50)

\_\_\_ **Clases de espalda saludable** ~ Una clase en grupo designada a aumentar fuerza y flexibilidad a los músculos que apoyan su columna. (\$15 por clase)

\_\_\_ **Suplementos nutritivos/fajas de apoyo/almohadas terapéuticas.** (Varean los precios)

\_\_\_ **Ejercicios/rehabilitación funcional.** (\$30 - \$40)

Dr. Zohra Campbell, DC  
Dr. Andrew Teller, DC

The Healing Touch Chiropractic Clinic  
320 Liberty St. SE Salem, OR 97301  
503-371-1120 Fax 503-364-1152

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

Today's Date: \_\_\_\_\_

**Póliza financiera (Si usted elije no leer esto, de toda manera estará en efecto)**

Estimados de cobertura de salud(aseguranza) están basados en la información de cobertura que usted nos provee. La cantidad de cobertura estimada es solo un estimado y posiblemente no refleje lo que su proveedor de cobertura vaya a pagar. Por favor entienda:

1. Su aseguranza de salud es un contrato entre usted y su proveedor de aseguranza y puede incluir su empleador. Nosotros no somos parte de ese contrato.
2. Todos los servicios que proveemos posiblemente no sean beneficios cubierto por todas las compañías de aseguranza.
3. Los pacientes entienden que ultimadamente ellos son responsables por los costos del tratamiento, no cubierto por la aseguranza.
4. Todo costo acurrado por el paciente se va a considerar delincuencia si le cuenta no es pagada por más de 120 días. El balance de cuenta será subjetado a un servicio de colección.

**Favor de aviso:** Ofrecemos un descuento de 10% por pagos recibidos al tiempo indicado en todos los servicios pagados por dinero en efectivo o checke. también ofrecemos un descuento de 5% cuando usa una tarjeta de débito o crédito. Esto no aplica a las aseguranzas de salud.  Initial

**Acuerdo de paciente**

Yo entrego a la Dr. Zohra Campbell Y sus asociados en la clínica The Healing Touch Chiropractic, los beneficios que la aseguraza disponga pagables, por lo regular seria pagados por mí, que se les dirija el pago a ellos. Esta asignación será efectivo hasta que yo ponga en escrito mi rechazo. Una copia de esta asignación está considerada tal validez como el original. Entiendo que soy financieramente responsable por los cobres teniendo o no aseguranza. Yo doy permiso a los asignados de compartir información si es requerido para obtener pago.

Initial

**HIPAA Practica de Privacidad (Si usted decide no leer esto, aun está en efecto)**

Estamos requeridos por la ley mantener la privacidad y proveer individuales con una noticia de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a proteger su información de salud. Si usted tiene una objeción con esta forma, por favor pida platicar con nuestro oficial de conformidad de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número principal. La firma abajo es solo dando de acuerdo que le ofrecimos la noticia de practica de privacidad.

Initial

**Consentimiento de tratamiento**

Examen quiropráctico y tratamientos terapéuticos (incluyendo ajustes de la columna, ultrasonido, aplicación de calor, y terapia manual de músculos) son considerados métodos cuidado seguros y efectivos. Ocasionalmente complicaciones ocurren. Ay una posibilidad pequeña que pase una complicación, es nuestra practica aquí en Healing Touch Chiropractic al informarle a los pacientes de la posibilidad. Efectos secundarios pueden incluir, pero no ser limitados a, mallugues, inflamación, lesión de tejidos suaves, mareos, quemaduras, y empeoramiento temporal de síntomas. Mas seria complicaciones incluye lesión a las arterias del cuello, que pueden estas asociados con derrame o emparamiento neurológico serio, lesión a los discos de la columna, y fracturas de la columna. Complicaciones más serias están estimadas en ser de rango 2-5 incidentes por cada 1millon ajustamiento del cuello, y 1 por cada 1millon ajustamiento a la cintura baja. información adicional de los efectos secundarios, complicaciones, y efectividad de los ajustes a la columna están disponible en cuanto la pida.

Initial

**Medicare Notice of Non-Coverage (ABN)**

La aseguradora no paga todo, aunque usted y su proveedor de salud creen que ay una buena razón que lo ocupe. Esperamos que su aseguradora no pague por algunos servicios que proveamos.

Opción 1 – Quiero continuar mi tratamiento en esta oficina. Entiendo que no todos los servicios proveídos van a estar cubiertos por mi aseguradora y estoy dispuesto pagar por lo que no esté cubierto.

Opción 2 – Quiero continuar mi tratamiento en esta oficina. No quiero mandar el vil a mi aseguradora y yo voy a pagar por los servicios de mi bolsillo.

Ensenamos los servicios y precios de cada tratamiento en nuestro menú de servicios. Si usted tiene preguntas de que servicios están cubiertos con su aseguradora, puede llamar el numero atrás de su tarjeta de aseguranza.

Signature \_\_\_\_\_ Print

Dr. Zohra Campbell, DC

Dr. Andrew Teller, DC

The Healing Touch Chiropractic Clinic  
320 Liberty St. SE Salem, OR 97301  
503-371-1120 Fax 503-364-1152

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

Today's Date: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Using the symbols below, mark image where you feel pain as follows:

- Numbness/Adormecido    **N**
- Dull Ache/ Adolorido    **DA**
- Burning/ Ardor    **B**
- Sharp/Stabbing/ Fuerte    **SS**
- Pins/Needles/ Piquetes    **PN**

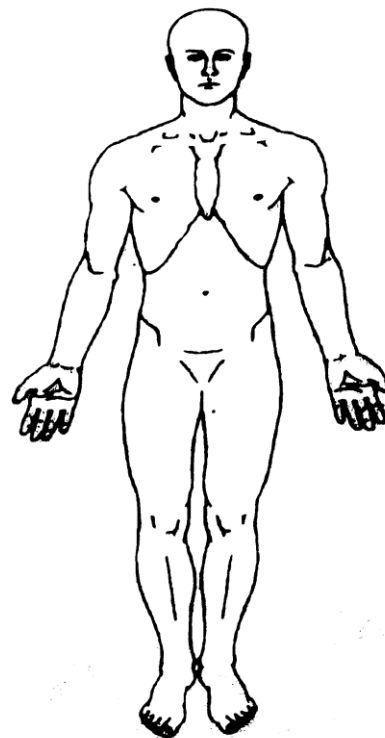
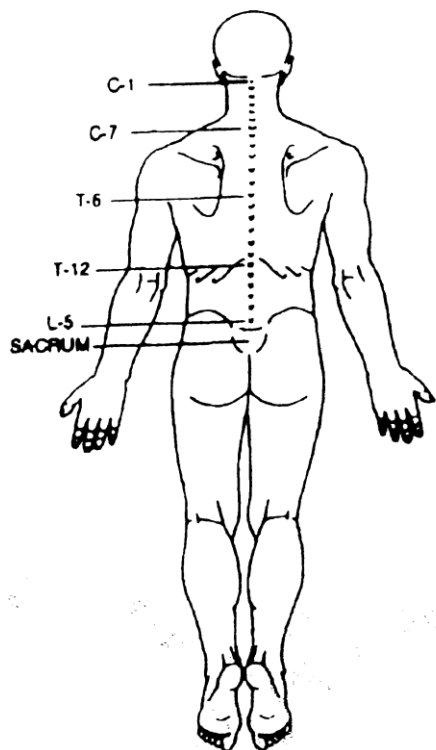
Explique su dolor en sus propias palabras:

---

---

---

---



Doctors Notations Area

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Today's Date: \_\_\_\_\_

# Oswestry Escala de dolor de cintura

**Evalúe la severidad de su dolor y circule un numero abajo:**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**No dolor**

**Peor Dolor imaginable**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Favor de circular **UN NUMERO** en cada sección que describa su problema.

## Sección 1- Intensidad de dolor

0. El dolor viene y va, pero es ligero.
1. El dolor es ligero, pero no varea.
2. El dolor viene y va, pero es moderado.
3. El dolor es moderado, pero no varea.
4. EL dolor viene y va, pero no es severo.
5. El dolor es severo, y no varea mucho.

## Sección 2- Cuidado personal (Bañando, vistiendo, etc.)

0. No tengo que cambiar mi manera de bañar o vestir por el dolor.
1. No cambio mi manera de bañar/vestir, aunque tenga dolor.
2. Bañando/vistiendo aumenta mi dolor, pero no es necesario cambiar la manera que lo hago.
3. Bañando/vistiendo aumenta mi dolor y siento la necesidad de cambiar la manera que lo hago.
4. A causa del dolor no puedo bañar/vestir sin poquita ayuda.
5. A causa del dolor no puedo bañar/vestir sin ayuda alguna.

## Sección 3- Levantando

0. Puedo levantar pesado sin dolor.
1. Puedo levantar pesado, pero con algo de dolor.
2. El dolor no me deja levantar pesado desde el piso.
3. El dolor no me deja levantar pesado desde el piso, pero si puedo levantar cosas convenientemente acomodadas, e.g., en una mesa.
4. El dolor no me deja levantar nada pesado, pero si puedo levantar mediano a ligeras cosas si están convenientemente acomodadas.
5. Solo puedo levantar cosas ligeras.

## Sección 4- Caminar

0. No tengo dolor mientras camino.
1. Tengo poquito dolor mientras camino, pero no aumenta con la distancia.
2. No puedo caminar mas de 1 milla sin aumento de dolor.
3. No puedo caminar las de media ½ milla antes de que aumente el dolor.
4. No puedo caminar más de ¼ de milla antes de que aumente el dolor.
5. No puedo caminar por que aumenta mi dolor.

## Sección 5-Sentar

0. Puedo sentar me en cualquier lugar sin dolor.
1. Solo puedo sentar me en mi silla favorita o un lugar cómodo.
2. El dolor me previene estar sentado por más de 1 hora
3. El dolor me previene estar sentado por más de ½ hora.
4. El dolor me previene estar sentado por mas de 10 minutos.
5. Evito estar sentada porque aumenta mi dolor inmediatamente.

## Sección 6-De pie

0. Puedo estar parado el tiempo que quiera sin dolor.
1. Tengo poco dolor cuando estoy de pie, pero no aumenta con el tiempo.
2. No puedo estar de pie por mas de 1 hora sin aumento de dolor.
3. No puedo estar de pie por más de ½ hora sin aumento de dolor.
4. No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin aumento de dolor.
5. Evito estar de pie por que aumenta mi dolor inmediatamente.

## Sección 7- dormir

0. No tengo dolor mientras duermo.
1. Tengo dolor al irme a dormir, pero no me previene de dormir
2. A causa del dolor mi horario de dormir se ha reducido por ¼ del tiempo.
3. A causa del dolor mi horario de dormir se a reducido por la mitad del tiempo.
4. A causa del dolor mi horario de dormir se ha reducido por ¾ del tiempo.
5. El dolor no me deja dormir.

## Sección 8- Vida social

0. Mi vida social es normal y no me provoca dolor.
1. Mi vida social es normal, pero si me provoca poco dolor.
2. El dolor no tiene efecto en mi vida social, pero si me limita a no hacer actividades energéticas, e.g., Bailando, etc.
3. El dolor restringe mi vida social, salgo muy poco.
4. El dolor restringe mi vida social, ya no salgo.
5. No tengo vida social por el dolor.

## Sección 9- viajando

0. No tengo dolor cuando estoy viajando.
1. Tengo poco dolor cuando viajo, pero no se aumenta cuando estoy viajando.
2. Tengo dolor cuando viajo, pero no tengo que buscar una alternativa a como viajar.
3. Tengo dolor cuando viajo y tengo que buscar una alternativa a como viajar.
4. El dolor solo me permite hacer viajes cortos no más de media hora.
5. El dolor no me deja viajar en lo absoluto.

## Sección 10- Cambio de intensidad de dolor

0. Mi dolor esta rápidamente mejorando.
1. Mi dolor sube y baja, pero está mejorando.
2. Mi dolor está mejorando, pero lentamente.
3. Mi dolor no esta mejorando y tampoco empeorando.
4. Mi dolor esta gradualmente empeorando.
5. Mi dolor esta rápidamente empeorando.

Total \_\_\_\_\_