

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ F. Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Sexo: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

Celular: _____ ← **Compañía** (para recordatorios de cita): _____ NECESARIO PARA RECORDATORIOS DE CITAS

Enviamos recordatorios por correo electrónico o mensaje de texto. ¿Cuál prefiere?

(Elija 2) ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Teléfono ☐ Ninguno

*¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Internet ☐ Gimnasio ☐ Amigo ☐ Letrero ☐ Volante ☐ Periódico ☐ Otro: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Tipo de seguro: ☐ Automóvil ☐ Salud ☐ Compensación Laboral ☐ Efectivo

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de reclamo: _____

Dirección postal: _____

DED: _____ Pago médico: _____ Porcentaje cubierto: _____%

Nombre del ajustador: _____ Teléfono: _____ EXT. _____

Necesitaremos una copia de la identificación y de la tarjeta de seguro.

AUTORIZACIÓN/CESIÓN DE SEGURO MÉDICO:

Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro a mi compañía de seguros y/o abogado que me represente. También autorizo el pago de beneficios al proveedor de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

REGISTRO DE INICIO DE SESIÓN DE PACIENTES

--	--	--

2

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (HIPAA)

Doy mi consentimiento para que **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** use o divulgue mi información médica protegida con el propósito de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mí por parte de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o actividades de atención médica del consultorio. **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** no está obligado a aceptar las restricciones que yo solicite. Sin embargo, si **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** acepta una restricción que yo solicite, esta será vinculante para **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.**

Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Mi “información médica protegida” se refiere a la información médica, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, y me identifica, o existe una base razonable para creer que podría identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** El Aviso de Prácticas de Privacidad para **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** también se proporciona en el mostrador de recepción. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.** con respecto a mi información médica protegida.

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A. se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado llamando a la oficina y solicitando una copia por correo o solicitándola en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

X _____
Representante de **TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS P.A.**:

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

1. ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

¿Cómo se siente el dolor?

☐ Espasmo ☐ Entumecimiento ☐ Ardor ☐ Hormigueo ☐ Palpitante ☐ Dolor sordo ☐ Otro: _____

Frecuencia de síntomas:

☐ Constante (100–75%) ☐ Frecuente (74–51%) ☐ Ocasional (50–26%) ☐ Intermitente (25–0%)

¿Qué lo mejora?

☐ Nada ☐ Descanso ☐ Caminar ☐ Estiramiento ☐ Ejercicio ☐ Otro: _____

¿Qué lo empeora?

☐ Inclinar ☐ Girar ☐ Levantar ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Toser ☐ Cambios de temperatura

¿El dolor se irradia?

☐ Sí ☐ No; Si es así ¿dónde? _____

Este dolor: ☐ Es nuevo ☐ Lo he tenido antes, pero se fue ☐ Ya lo tenía y ahora es peor

2. ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

¿Cómo se siente el dolor?

☐ Espasmo ☐ Entumecimiento ☐ Ardor ☐ Hormigueo ☐ Palpitante ☐ Dolor sordo ☐ Otro: _____

Frecuencia de síntomas:

☐ Constante (100–75%) ☐ Frecuente (74–51%) ☐ Ocasional (50–26%) ☐ Intermitente (25–0%)

¿Qué lo mejora?

☐ Nada ☐ Descanso ☐ Caminar ☐ Estiramiento ☐ Ejercicio ☐ Otro: _____

¿Qué lo empeora?

☐ Inclinar ☐ Girar ☐ Levantar ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Toser ☐ Cambios de temperatura

¿El dolor se irradia?

☐ Sí ☐ No; Si es así ¿dónde? _____

Este dolor: ☐ Es nuevo ☐ Lo he tenido antes, pero se fue ☐ Ya lo tenía y ahora es peor

3. ÁREA DE DOLOR: _____ (___/10)

¿Cómo se siente el dolor?

☐ Espasmo ☐ Entumecimiento ☐ Ardor ☐ Hormigueo ☐ Palpitante ☐ Dolor sordo ☐ Otro: _____

Frecuencia de síntomas:

☐ Constante (100–75%) ☐ Frecuente (74–51%) ☐ Ocasional (50–26%) ☐ Intermitente (25–0%)

¿Qué lo mejora?

☐ Nada ☐ Descanso ☐ Caminar ☐ Estiramiento ☐ Ejercicio ☐ Otro: _____

¿Qué lo empeora?

☐ Inclinar ☐ Girar ☐ Levantar ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Toser ☐ Cambios de temperatura

¿El dolor se irradia?

☐ Sí ☐ No; Si es así ¿dónde? _____

Este dolor: ☐ Es nuevo ☐ Lo he tenido antes, pero se fue ☐ Ya lo tenía y ahora es peor

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

Historial médico previo (marque todo lo que corresponda):

- ☐ **Ninguno** ☐ Curvatura anormal de la columna ☐ Anomalías congénitas de la columna
☐ Enfermedad degenerativa de disco ☐ Artritis ☐ Cirugía de columna ☐ Diabetes ☐
Accidente automovilístico ☐ Otro: _____

Historial familiar (marque todo lo que corresponda):

- ☐ **Ninguno** ☐ Curvatura anormal de la columna ☐ Anomalías congénitas de la columna
☐ Enfermedad degenerativa de disco ☐ Artritis ☐ Cirugía de columna ☐ Diabetes
☐ Accidente automovilístico ☐ Otro: _____

Alergias (marque todo lo que corresponda):

- ☐ **Ninguna** ☐ Penicilina ☐ Sulfa ☐ Aspirina ☐ Látex ☐ Amoxicilina ☐ Otro: _____

Medicamentos (liste):

1) _____ 2) _____ 3) _____

Historial social:

- ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Fumador ☐ Consumo de alcohol

¿Ha recibido cuidado quiropráctico antes?

- ☐ Sí ☐ No Si respondió 'Sí', ¿con quién? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

- ☐ **Ninguno** ☐ Aumento/pérdida de peso ☐ Fatiga ☐ Fiebre/escalofríos ☐ Erupciones
☐ Lesión en la cabeza ☐ Zumbido en oídos ☐ Pérdida/cambios de visión ☐ Secreciones
☐ Sangrado ☐ Bultos ☐ Tos con sangre ☐ Falta de aire ☐ Dolor en el pecho ☐ Disnea
con actividad ☐ Despertar con disnea ☐ Dificultad para tragar ☐ Cambio de apetito
☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Sangre en la orina ☐ Enrojecimiento articular ☐ Hinchazón
articular ☐ Temblor

TAYLOR-MADE HEALTH AND WELLNESS

Family Care ♦ Auto Accident Rehabilitation Therapy ♦ Wellness Care
WWW.TAYLOREDWELLNESS.COM

425 Citrus Tower Blvd Suite 301 Clermont, Florida 34711 Office: (352) 989-5555 Fax: (352) 432-2121

DOCTOR'S AREA:

VITALS: ____/____ BP

PULSE: _____

PAIN:

Occ-C1-C2- C3-C4-C5-C6-C7-T1-T2-T3-T4-T5-T6-T7-T8-T9-T10-T11-T12-L1-L2-L3-L4-L5-Sac.-Pelv.

Extremity: ☐ Shoulder L/R/B ☐ Elbow: L/R/B ☐ Wrist: L/R/B ☐ Hand: L/R/B ☐ Hip: L/R/B ☐ Knee: L/R/B ☐ Ankle: L/R/B ☐ Foot: L/R/B

SPASM:

Occ-C1-C2- C3-C4-C5-C6-C7-T1-T2-T3-T4-T5-T6-T7-T8-T9-T10-T11-T12-L1-L2-L3-L4-L5-Sac.-Pelv.

Extremity: ☐ Shoulder L/R/B ☐ Elbow: L/R/B ☐ Wrist: L/R/B ☐ Hand: L/R/B ☐ Hip: L/R/B ☐ Knee: L/R/B ☐ Ankle: L/R/B ☐ Foot: L/R/B

ROM:

Cervical (↑/ Norm./↓)

Thoracic (↑/ Norm./↓)

Lumbar(↑/ Norm./↓)

MOTOR: ☐ WNL = (5/5)

(LEFT) C5___/5, C6___/5, C7___/5, C8___/5 L4___/5, L5___/5, S1___/5 (RIGHT) C5___/5, C6___/5, C7___/5, C8___/5, L4___/5, L5___/5, S1___/5

REFLEX: ☐ WNL = (+2)

(Left) C5___/5, C6___/5, L5___/5 (RIGHT) C5___/5 C6___/5 5 L5___/5

ORTHOPEDIC EXAM:

Cervical:

Cervical Distraction :(+/-)(L/R/B)

Shoulder Depression :(+/-)(L/R/B)

Max. Cervical Compression :(+/-)(L/R/B)

Lumbar:

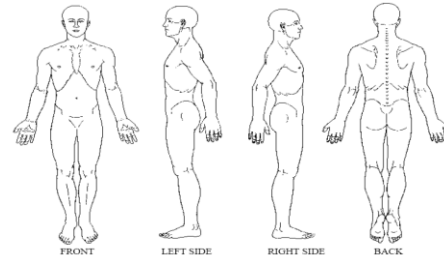
Kemp's :(+/-)(L/R/B)

Straight Leg Raise :(+/-)(L/R/B)

Braggard's Test :(+/-)(L/R/B)

Milgrams :(+/-)(L/R/B)

FABRE TEST: (+/-) (L/R/B)



REFERRALS: ☐MRI ☐BRAIN ☐CERVICAL ☐THORACIC ☐LUMBAR ☐SHOULDER(L/R) ☐ELBOW(L/R) ☐WRIST(L/R) ☐HIP(L/R) ☐KNEE(L/R) ☐ANKLE(L/R)

☐ TBI RECOMMENDATION

RECORDS REQUEST: ☐NONE ☐ORMC ☐SLH ☐ADVENT ☐WATERMAN ☐LEESBURG ☐OTHER: _____

INITIAL THERAPIES:

☐ E-STIM ☐TRACTION ☐ULTRASOUND ☐COLD/HOT ☐BIOFREEZE ☐ COLD LASER ☐ STRETCHING ☐KINETIC
☐MANUAL ☐ SPINAL DECOMPRESSION ☐ SHOCKWAVE

DIAGNOSIS

MVA	HEAD	CERVICAL	THORACIC	LUMBAR
DRIV. V49.88	R51	M54.2	M54.6	M54.5
PASS. V49.59		W/ RAD. M54.12	W/ RAD. M54.14	W/ RAD. M54.16
SHOULDER	ELBOW	HAND	BICEP	FOREARM
LT. M25.512	LT. M25.522	LT. M79.642	LT. M79.602	LT. M79.632
RT. M25.511	RT. M25.521	RT. M79.641	RT. M79.621	RT. M79.631
RIB	HIP	THIGH	KNEE	LEG
R07.82	LT. M25.552	LT. M79.652	LT. M25.562	LT. M79.605
	RT. M25.551	RT. M79.651	RT. M25.561	RT. M79.604
ANKLE	FOOT			
LT. M25.572	LT. M79.672			
RT. M25.571	RT. M79.671			