

Woodlands Pain Relief Center
Confidential Patient Information

(Please print)

(Información Confidencial del Paciente)

(escribir con letra imprenta)

Date: _____
(Fecha)

E-mail: _____

Full name: _____
(Nombre completo)

Name of Wife, Husband or Guardian: _____
(Nombre de la esposa, esposo o tutor)

Address: _____
(Dirección)

City: _____ State: _____ Zip code: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Telephone Number: _____ Cellphone Number: _____
(Número de teléfono) (Número de teléfono celular)

Social Security No. _____ - _____ - _____
(No. de Seguro Social)

Birth date: _____ No. of Children: _____ Currently Pregnant?: _____
(Fecha de nacimiento) (Número de hijos) (¿Actualmente está embarazada?)

Marital Status: S _____ M _____ D _____ W _____ Student: No _____ Part time _____ Full time _____
(Estado civil) (Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo (a)) (Estudiante) (Tiempo parcial) (Tiempo completo)

Occupation: _____
(Ocupación)

Employer's Name / Phone #: _____
(Nombre del empleador/ N°. teléfono)

Spouse's Occupation / Employer: _____
(Ocupación del cónyuge/empleador)

Name and phone # of Emergency Contact: _____
(Nombre y N°. teléfono del contacto de emergencia)

How did you hear about our office?: _____
(¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?)

List Chiropractors you have seen before: _____
(Enumere los quiroprácticos que ha visitado antes)

1. Name: _____ When visited: _____
(Nombre) (¿Cuándo lo visitó?)

2. Name: _____ When visited: _____
(Nombre) (¿Cuándo lo visitó?)

List Chiropractors you have seen before: _____
(Enumere los quiroprácticos que ha visitado antes)

1. Name: _____ Reason for visit?: _____
(Nombre) (¿Motivo de la visita?)

2. Name: _____ Reason for visit?: _____
(Nombre) (¿Motivo de la visita?)

Please list all your reasons for visiting our office:
(Enumere todas sus razones para visitar nuestro consultorio.)

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

List ALL medications you take. (Prescriptions and over-the-counter — use additional pages if needed)
Enumere TODOS los medicamentos que toma. (Medicamentos de prescripción y de venta libre; use páginas adicionales si es necesario)

Drug name: _____ Dosage: _____ How long have you taken this and for what condition?
(Nombre del medicamento) (Dosis) (¿Cuánto tiempo lo ha tomado y para qué enfermedad?)

List ALL nutritional supplements you take. (Use additional pages if needed)

Enumere TODOS los medicamentos que toma. (Medicamentos de prescripción y de venta libre; use páginas adicionales si es necesario)

Name of supplements: (Nombre de los suplementos)	Dosage: (Dosis)	How long have you taken this and for what condition? (¿Cuánto tiempo lo ha tomado y para qué enfermedad?)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

List ALL previous hospitalizations, surgeries, accidents, fractures and illnesses. (Use additional pages)

(Enumere TODAS las hospitalizaciones, cirugías, accidentes, fracturas y enfermedades anteriores, (use páginas adicionales))

(Example: All past Auto, Sports, Work, Home related)

(Ejemplo: Todos los anteriores relacionados con automóviles, deportes, trabajo en el hogar.)

1. Type _____ (Tipo)	When _____ (Cuando)	Hospitalized? _____ (¿Fue hospitalizado?)	Yes _____ No _____ (Si)
2. Type _____ (Tipo)	When _____ (Cuando)	Hospitalized? _____ (¿Fue hospitalizado?)	Yes _____ No _____ (Si)
3. Type _____ (Tipo)	When _____ (Cuando)	Hospitalized? _____ (¿Fue hospitalizado?)	Yes _____ No _____ (Si)
4. Type _____ (Tipo)	When _____ (Cuando)	Hospitalized? _____ (¿Fue hospitalizado?)	Yes _____ No _____ (Si)

Patient Name: _____

Check ALL "body signals" (symptoms/pain) you may have had or do have now:

(Marque TODAS las "señales corporales" (síntomas/dolor) que puede haber tenido o que tiene ahora.)

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Depression (Depresión)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Presión arterial alta)
<input type="checkbox"/> Alcoholism (Alcoholismo)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol alto)
<input type="checkbox"/> Allergy (Alergia)	<input type="checkbox"/> Diarrhea (Diarrea)	<input type="checkbox"/> High Blood Sugar (Azúcar alta en la sangre)
<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Eczema (Eczema)	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS (VIH/SIDA)
<input type="checkbox"/> Anemia (Anemia)	<input type="checkbox"/> Emphysema (Enfisema)	<input type="checkbox"/> Irregular Periods/Cramps (Períodos irregulares/Cólicos)
<input type="checkbox"/> Appendicitis (Apendicitis)	<input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures (Epilepsia/convulsiones)	<input type="checkbox"/> Irritable Bowel (Colon irritable)
<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia (Fibromialgia)	<input type="checkbox"/> Kidney infections/stones (Infecciones/cálculos renales)
<input type="checkbox"/> Arthritis (Artritis)	<input type="checkbox"/> Gall Bladder (Vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Low Blood Pressure (Presión arterial baja)
<input type="checkbox"/> Back Pain (Dolor de espalda)	<input type="checkbox"/> Goiter (Bocio)	<input type="checkbox"/> Low Blood Sugar (Azúcar baja en la sangre)
<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Gout (Gota)	<input type="checkbox"/> Lyme Disease (Enfermedad de Lyme)
<input type="checkbox"/> Celino/Gluten Dis. (Enfermedad celiaca/gluten)	<input type="checkbox"/> Headaches (Dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/> Lupus (Lupus)
<input type="checkbox"/> Chronic Fatigue (Fatiga crónica)	<input type="checkbox"/> Heart Attack (Ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> Migraines (Migrañas)
<input type="checkbox"/> Constipation (Estreñimiento)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardíaca)	<input type="checkbox"/> Sinus infections (Infecciones sinusales)
<input type="checkbox"/> Miscarriage (Aborto espontáneo)	<input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Raynaud's (Síndrome de Raynaud)	<input type="checkbox"/> Thyroid Problems (Problemas de tiroides)
<input type="checkbox"/> Neck pain (Dolor de cuello)	<input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoide)	<input type="checkbox"/> Ulcers (Úlceras)
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease (Enfermedad de Parkinson)	<input type="checkbox"/> Ringing in Ears (Zumbido en los oídos)	
<input type="checkbox"/> Vertigo/dizziness (Vértigo/mareo)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepatitis)	

Please check all of the following conditions your family has experienced:
(Marque todas las enfermedades siguientes que haya experimentado su familia..)

Mother: (Madre)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Father: (Padre)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Grandmother(M): (Abuela materna)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Grandfather(M): (Abuelo materno)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Grandmother(P): (Abuela paterna)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Grandfather(P): (Abuelo paterno)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Sisters: (Hermana(s))	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)
Brothers: (Hermano(s))	<input type="checkbox"/> Alzheimer's (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> MS (Esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> Stroke (Accidente cerebrovascular)

List any other health conditions that you or your family have had that are not listed: _____
(Enumere cualquier otra enfermedad que usted o su familia hayan tenido que no esté en la lista:)

Do you consume any of the following? (leave blank what doesn't apply)
(¿Actualmente consume alguno de los siguientes? (deje en blanco lo que no corresponda))

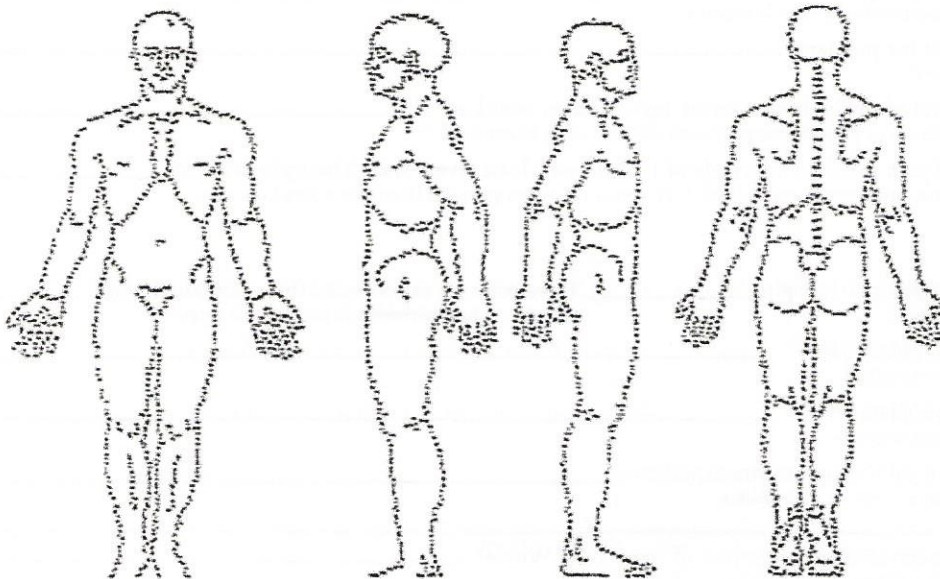
Tobacco products (packs/day) (Consumo de tabaco (cajetillas/día))	<input type="checkbox"/>	How many years? (¿Cuántos años?)	<input type="checkbox"/>	Alcohol drinks/days (Bebidas alcohólicas/día)	<input type="checkbox"/>	How many years? (¿Cuántos años?)	<input type="checkbox"/>
Coffee/Tea cups/day (Café/té tazas/día)	<input type="checkbox"/>	Regular or decaf? (¿Regular o descafeinado?)	<input type="checkbox"/>	Soft Drinks # day (Refrescos #día)	<input type="checkbox"/>	Regular or diet? (¿Regular o dietético?)	<input type="checkbox"/>
Do you use artificial sweeteners? (¿Utiliza edulcorantes artificiales?)	<input type="checkbox"/>	Yes (Sí)	<input type="checkbox"/>	No (No)	<input type="checkbox"/>	If yes, please list (En caso afirmativo, indique:)	_____

Level of exercise? None
(Ninguno) Moderate (days per week)
(Moderado (días por semana)) Strenuous (days per week)
(Extenuante (días por semana))

Have you experienced any unexplained or rapid weight changes in the last six months? Yes
(Sí) No
(No) lbs

Please mark off the areas of your complaint on the diagram below. Use the following symbols:
(Señale las partes de su queja en el diagrama a continuación. Utilice los siguientes símbolos:)

P=pain N=numbness T=tingling B=burning C=cramping
(P=dolor N=entumecimiento T=hormigueo B=ardor C=calambres)



Please use the following symbols on the pain diagram to accurately describe your condition.
(Utilice los siguientes símbolos en los diagramas de dolor para describir con precisión su condición)

Patient Name: _____

Complaint History

Complaint 1:

When did your complaint first begin? _____ Have you ever experienced this complaint before? _____
¿Cuándo empezó su molestia? ¿Alguna vez ha experimentado esta molestia antes?

What makes your problem better? _____
¿Qué hace que el problema mejore?

What makes your problem worse? _____
¿Qué hace que el problema empeore?

Describe the type of pain/symptom you experience. _____
Describe el tipo de dolor/síntoma que experimenta

Does your problem travel to any other part of your body? Where? _____
¿Su problema se extiende a alguna otra parte del cuerpo? ¿Dónde?

Where exactly is the complaint area? _____
¿Dónde se encuentra exactamente el área de la molestia?

When do you notice the problem? _____
¿Cuándo nota el problema?

Have you lost control of any body part (arms, legs, bladder, bowel, etc.)? _____
¿Ha perdido el control de alguna parte del cuerpo (brazos, piernas, vejiga, intestino, etc.)?

Rate the severity of your problem on a scale of 1-10, 1 being least severe and 10 being bedridden. _____
Califique la gravedad de su problema en una escala de 1-10, siendo 1 el menos grave y el 10 estando postrado en cama

Complaint 2:

When did your complaint first begin? _____ Have you ever experienced this complaint before? _____
¿Cuándo empezó su molestia? ¿Alguna vez ha experimentado esta molestia antes?

What makes your problem better? _____
¿Qué hace que el problema mejore?

What makes your problem worse? _____
¿Qué hace que el problema empeore?

Describe the type of pain/symptom you experience. _____
Describe el tipo de dolor/síntoma que experimenta

Does your problem travel to any other part of your body? Where? _____
¿Su problema se extiende a alguna otra parte del cuerpo? ¿Dónde?

Where exactly is the complaint area? _____
¿Dónde se encuentra exactamente el área de la molestia?

When do you notice the problem? _____
¿Cuándo nota el problema?

Have you lost control of any body part (arms, legs, bladder, bowel, etc.)? _____
¿Ha perdido el control de alguna parte del cuerpo (brazos, piernas, vejiga, intestino, etc.)?

Rate the severity of your problem on a scale of 1-10, 1 being least severe and 10 being bedridden. _____
Califique la gravedad de su problema en una escala de 1-10, siendo 1 el menos grave y el 10 estando postrado en cama

Complaint 3:

When did your complaint first begin? _____ Have you ever experienced this complaint before? _____
¿Cuándo empezó su molestia? ¿Alguna vez ha experimentado esta molestia antes?

What makes your problem better? _____
¿Qué hace que el problema mejore?

What makes your problem worse? _____
¿Qué hace que el problema empeore?

Describe the type of pain/symptom you experience. _____
Describe el tipo de dolor/síntoma que experimenta

Does your problem travel to any other part of your body? Where? _____
¿Su problema se extiende a alguna otra parte del cuerpo? ¿Dónde?

Where exactly is the complaint area? _____
¿Dónde se encuentra exactamente el área de la molestia?

Where exactly is the complaint area? _____

¿Dónde se encuentra exactamente el área de la molestia?

When do you notice the problem? _____

¿Cuándo nota el problema?

Have you lost control of any body part (arms, legs, bladder, bowel, etc.)? _____

¿Ha perdido el control de alguna parte del cuerpo (brazos, piernas, vejiga, intestino, etc.)?

Rate the severity of your problem on a scale of 1-10, 1 being least severe and 10 being bedridden. _____

Califique la gravedad de su problema en una escala de 1-10, siendo 1 el menos grave y el 10 estando postrado en cama

Eng:

I understand and agree that health and accident insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and myself. Furthermore, I understand that the Woodlands Pain Relief Center may prepare any necessary reports and forms to assist me in making collection from the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to the Woodland Pain Relief Center will be credited to my account on receipt. However, I clearly understand and agree that all services rendered me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me will be immediately due and payable. I understand that I am responsible for all attorney fees or collection fees related to the collection of my account. I agree to pay interest at the rate of 1.5% per month (18% per annum) on any unpaid balance.

Esp:

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que Woodlands Pain Relief Center puede preparar los informes y formularios necesarios para ayudarme a hacer el cobro a la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagada directamente a Woodlands Pain Relief Center se acreditará a mi cuenta al recibirla. Sin embargo, comprendo y acepto claramente que todos los servicios que se me presten se me cobrarán directamente a mí, y que soy el responsable directo del pago. También entiendo que si suspendo o doy por terminada mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales prestados será inmediatamente pagadera. Entiendo que soy responsable de todos los honorarios de abogados o de cobranza relacionados con el cobro de mi cuenta. Acepto pagar intereses a una tasa del 1.5 % por mes (18 % por año) sobre cualquier saldo impago.

Patient's Signature: _____

Firma del paciente

Date: _____

Fecha

Guardian or Spouse's Signature: _____

Firma del tutor o cónyuge

Date: _____

Fecha

Information taken by: _____

Información tomada por

Date: _____

Fecha

Woodlands Pain Relief Center
25802 I-45 N.Ste. A Spring, TX 77386 (281)363-2182

Privacy Authorization for the Woodlands Pain Relief Center

Rob Mayer, DC and members of the practice staff may need to use your name, address, phone number and clinical records to contact you with appointment reminders, information about treatment alternatives or other health-related information that may be of interest to you. If this contact is made by phone and you are not home, a message will be left on your answering machine or with a family member.

You can restrict the individuals to which your health care information is released or you may revoke your authorization to us at any time; however, your revocation must be in writing and mailed to us at our office address. We will not be able to honor your revocation request if we have already released your health information before we receive your request to revoke your authorization. In addition, if you were required to give your authorization as a condition of obtaining insurance, the insurance company may have a right to your health information if they decide to contest any of your claims.

Information that we use or disclose based on the authorization you are giving us may be subject to re-disclosure by anyone who has access to the reminder or other information and may no longer be protected by the federal privacy rules.

You have the right to refuse to give this authorization. If you do not give us authorization, it will not affect the treatment we provide to you or the methods we use to obtain reimbursements for your car.

We offer treatment in an open room style, with other patients in the same room. Occasionally comments about your symptoms, improvement or lack thereof may be discussed at your office visits. Private rooms are available for any other needed consultations.

You may inspect or request a copy, for a fee, the information that we use to contact you to provide appointment reminders, information about treatment alternatives or other health information at any time (#164.524)

This notice is effective as of Feb. 2, 2017. This authorization will expire seven years after the date in which you last received services from us. You may receive a copy of this form when needed.

I authorize you to use or disclose my health information in the manner described. I also acknowledge that I have read and received a copy of the Woodlands Pain Relief Center's Privacy Policy.

Patient's Signature: _____ Date: _____
Firma del paciente Fecha

Autorización de privacidad para el Centro de Alivio del Dolor de Woodlands

Es posible que Rob Mayer, DC y los miembros del personal del consultorio necesiten usar su nombre, dirección, número de teléfono e historias clínicas para contactarlo con recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueda ser de su interés. Si este contacto se realiza por teléfono y usted no está en casa, se dejará un mensaje en su contestador automático o con un miembro de la familia.

Podrá limitar las personas a las que se divulgue su información médica o podrá revocarnos su autorización en cualquier momento; sin embargo, deberá hacerlo por escrito y enviárnosla por correo a la dirección de nuestro consultorio. No podremos atender su solicitud de revocación si ya hemos divulgado su información médica antes de haber recibido su solicitud para revocar su autorización. Además, si se le pidió que diera su autorización como condición para obtener un seguro, la compañía de seguros puede tener derecho a su información médica si decide impugnar cualquiera de sus reclamos.

La información que usamos o divulgamos en función de la autorización que nos proporciona puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de cualquier persona que tenga acceso al recordatorio u otra información y ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Tiene derecho a negarse a dar esta autorización. Si no nos da autorización, no afectará el tratamiento que le proporcionamos ni los métodos que usamos para obtener el reembolso de su atención.

Ofrecemos tratamiento en un estilo de habitación abierta, con otros pacientes en la misma habitación. Ocasionalmente, los comentarios sobre sus síntomas, mejoría o falta de los mismos pueden ser discutidos en sus visitas al consultorio. Existen habitaciones privadas disponibles para cualquier otra consulta necesaria.

Puede inspeccionar o solicitar una copia, por un cargo, de la información que usamos para comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud en cualquier momento (#164.524)

Este Aviso es efectivo a partir del 2 de febrero de 2017. Esta autorización caducará siete años después de la fecha en que recibió nuestros servicios por última vez. Puede recibir una copia de este formulario cuando sea necesario.

Autorizo a usar o divulgar mi información médica de la manera descrita. También reconozco que he leído y recibido una copia de la Política de privacidad del Centro de Alivio del Dolor de Woodlands.

Patient's Signature: _____ Date: _____
Firma del paciente Fecha