



MID VALLEY CLINIC
CHIROPRACTIC

Dr. Dirk Woodmansee, DC

Dr. Bryan Gordon, DC

2618 West 7800 South #200
West Jordan , Utah 84088
Phone: (801) 562-1531 Fax (801) 562-1534

New Patient Intake (Nuevo Paciente)

Título: Dr. /a. Sr. Sra. Srta. (Elija uno) Fecha: _____/_____/_____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: (____) _____ - _____ Numero del Trabajo: (____) _____ - _____

Numero de Celular: (____) _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Otro _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: (Elija uno)

Blanca afro-americana Hispana Otro _____ Prefiero no escoger

Etnicidad: (Elija uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no escoger

Lenguaje Preferido (Elija uno)

Ingles Español Otro _____ Prefiero no escoger

Datos de su Cónyuge:

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Numero de Casa: (____) _____ - _____ Numero de Celular: (____) _____ - _____

Datos de su Empleo:

Situación Laboral: Empleado Tiempo Completo/Tiempo Parcial Estudiante
Tiempo Completo/Tiempo Parcial Retirado Ama de Casa Desempleado

Nombre de su Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Título de Trabajo/ Posición: _____ Descripción: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre de Contacto: _____ Numero de Contacto: (_____) _____ - _____

Doctor de Primario: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de Seguransa _____ **# De Caso:** _____

Telefono de Seguransa _____ **Persona la Seguransa** _____

Nombre de Abogado _____

Nombre del Paciente: _____

1) Fecha del accidente de carro: _____/_____/_____

2) Hora del accidente de carro: _____: _____am / pm

3) Por favor indique el numero de vehiculos envueltos en el accidente de carro:

_____1 _____2 _____3 _____4 _____5 _____6 _____7 _____8 _____9

4) En dolares, por favor indique el daño estimado a su vehiculo \$ _____

5) En que calle estaba? _____

6) En que direccion viajaba?

NW	N	NE	W	E	SW	S	SE
----	---	----	---	---	----	---	----

7) En que ciudad & estado estaba usted viajando? _____

8) Por favor escoja el tipo de impacto primario:

Le pegaron al vehiculo por detras
El vehiculo del paciente le pego a otro por detras
Le pegaron al vehiculo en el lado del chofer
Le pegaron al vehiculo por el lado del pasajero

Otro: _____

9) Que hizo su vehiculo inmediatamente despues del accidente?

Pego en la barrera de proteccion	Pego en un arbol	Se volteo	Se salio del camino
----------------------------------	------------------	-----------	---------------------

Otro: _____

10) Donde estaba sentado en el vehiculo?

Chofer	Pasajero atras a la izquierda	Pasajero atras
Pasajero enfrente	Pasajero atras a la derecha	

11) Se dio cuenta que el accidente era inminente?

No se dio cuenta que el accidente era inminente
Se dio cuenta que el accidente era inminente y se preparo
Se dio cuenta del accidente y se relajó

Otro: _____

12) Cual era el tipo de vehiculo en el que estaba?

Carro subcompacto	Carro compacto	Carro mediano	Carro grande	Camioneta
SUV	Minivan	Van	Vehiculo mas grande de una tonelada	

Otro: _____

13) Que tipo era el otro vehiculo?

Carro subcompacto	Carro compacto	Carro mediano	Carro grande	Camioneta
SUV	Minivan	Van	Vehiculo mas grande de una tonelada	

Otro: _____

14) Al momento del impacto, su vehiculo estaba:

Deteniendose	Aumentando de velocidad	Detenido	Avanzando a velocidad constante
--------------	-------------------------	----------	---------------------------------

Otro: _____

15) Al impacto el otro vehiculo estaba:

Deteniendose	Aumentando de velocidad	Detenido	Avanzando a velocidad constante
--------------	-------------------------	----------	---------------------------------

Otro: _____

16) Durante y despues del choque que le paso a su vehiculo?

Siguio derecho	Siguio derecho y golpeo a otro carro enfrente	Fue golpeado por otro vehiculo
Se dio vueltas	Se dio vueltas y pego con un objeto estacionario	Pego con un objeto estacionario

Otro: _____

17) Perdio usted la consciencia durate el accidente?

Perdi la consciencia duranta el accidente	Esube consciente durante todo el accidente
---	--

Otro: _____

18) En que posicion estaba su cabeza durante el accidente?

Viendo hacia el frente	Se volteo hacia la izquierda	Se volteo a la derecho
Hacia arriba	Viendo hacia la derecho y arriba	Viendo hacia la izquierda y arriba
Hacia abajo	Viendo hacia la derecho y abajo	Viendo hacia la izquierda y abajo

Otro: _____

19) Como estaba su torso o posicionado durante el accidente?

Toso posicionado hacia el frente
Torso posicionado a la izquierda
Torso posicionado a la derecha
Torso etendido
Torso flexionado
Torso flexionado con rotacion a la derecha
Torso extendido con rotacion a la derecho
Torso flexionado con rotacion a la izquierda
Torso extendido con rotacion a la izquierda

Otro: _____

20) Como estaban sus manos posicionadas durante el accidente?

Mano izquierda en el volante
Mano derecho en el volante
Ambas manos en el volante
Mano izquierda en el tablero
Mano derecho en el tablero
AMbas manos en el tablero
Mano en el asiento ed enfrete
Manos descansando en el lado
Manos en el techo del carro

Otro: _____

21) Golpeo su cabeza en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

22) Golpeo su cara en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

23) Golpeo sus hombros en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

24) Golpeo su cuello en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

25) Golpeo sup echo en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

26) Golpeo sus caderas en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

27) Golpearon sus rodillas en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

28) Golpearon sus pies en alguno de los siguientes?

Parabrisas	Volante	Puerta	Tablero	Techo
Carroceria	Otro pasajero	Asiento	Ventana	

Otro: _____

29) Que tipo de cabezeras tenia su behiculo?

Cabezeras fijas moviles	Cabezeras fijas no moviles	No tenia
-------------------------	----------------------------	----------

Otro: _____

30) Donde estaba la cabezeraposicionada en su cabeza?

Arriba en la parte de atras de su cabeza	En medio en la pare de atras de su cabeza
Abajo en la parte de atras de su cabeza	A nivel del cuello
A nivel de los hombros	

Otro: _____

31) Tenia el cinturon de seguridad puesto?

Llevaba un cinturon de seguridad de correa al hombeo	Tenia un cinturon de seguridad de regazo
Estaba en un asiento de coche para bebe	No tenia el cinturon de seguridad puesto
No recuerdo si tenia el cinturon de seguridad puesto	Estaba en un asiento elevador

Otro: _____

32) Se deslizo usted fuera del cinturon de seguridad?

Me deslize fuera del cinturon de seguridad
Me mantuve con el cinturon de seguridad
Me deslize parcialmente fuera del cinturon de seguridad

Otro: _____

33) Que fue dañado en su vehiculo?

Parabrisas	Volante	Tablero	Marco del asiento
Ventana	Ventana trasera	Espejo	Parte baja del tablero
Defense trasera	El maletaro	Completamente totalizado	Puerta izquieerda de enfrente
Puerta derecho de enfrente	Puerta izquiereda de atras	Puerta derecho de atras	ninquno

Otro: _____

34) Indique los elementos que se abollaron hacia adentro en el accidente?

Puerta	Tablero	Piso	Ninquno
--------	---------	------	---------

Otro: _____

35) Seleccione las puertas que no abren como resultado del accidente?

Puerta	Tablero	Piso	Ninquno
--------	---------	------	---------

Otro: _____

SE FUE A UN HOSPITAL, RESPONDA LAS PREGUNTAS 36 – 45

36) Como se fue al hospital?

Ambulancia	Helicopter	Patrulla de policia
Manejo usted mismo	Caminando	No fue al hospital

Otro: _____

37) Por favor indique la locacion de sus problems:

Dolor de cabeza	Quijada	Cuello	Espalda Alta	Hombro
Brazo	Codo	Muñeca	Mano	Espalda Media
Espalda Baja	Cadera	Piernas	Rodillas	Tobillo

Otro: _____

38) Fue hospitalizado durante la noche?

_____si _____no _____n/a

39) En el hospital, le fue recetada medicina para el dolor?

_____si _____no _____n/a

40) Le fueron recetados relajantes musculares en el hospital?

_____si _____no _____n/a

41) Recibio puntados para cualquier cortada?

_____si _____no _____n/a

42) Recibio alguno de los siguientes?

_____si _____no _____n/a

Collar cervical	Aparato ortopedico para la espalda	Collar cervical y aaparato ortopedico para la espalda
-----------------	------------------------------------	---

Otro: _____

43) Que rayos-x fueron tomados en el hospital?

Craneo	Cuello	Espalda media	Espalda baja	Pie	Brazo
Pelvis	Caderas	Pierna	Rodilla	Hombros	No rayos-x

Otro: _____

44) Se realizo una resonancia magnetica (MRI)?

Craneo	Cuello	Espalda media	Espalda baja	Pie	Brazo
Pelvis	Caderas	Pierna	Rodilla	Hombros	No MRI

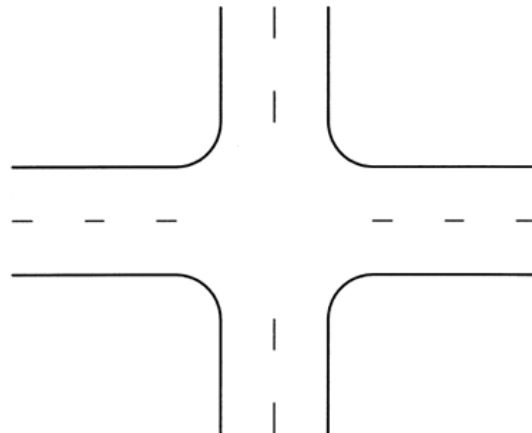
Otro: _____

45) Se le realizo alguna imagen especial?

Craneo	Cuello	Espalda media	Espalda baja	Pie	Brazo
Pelvis	Caderas	Pierna	Rodilla	Hombros	No imagen especial

Otro: _____

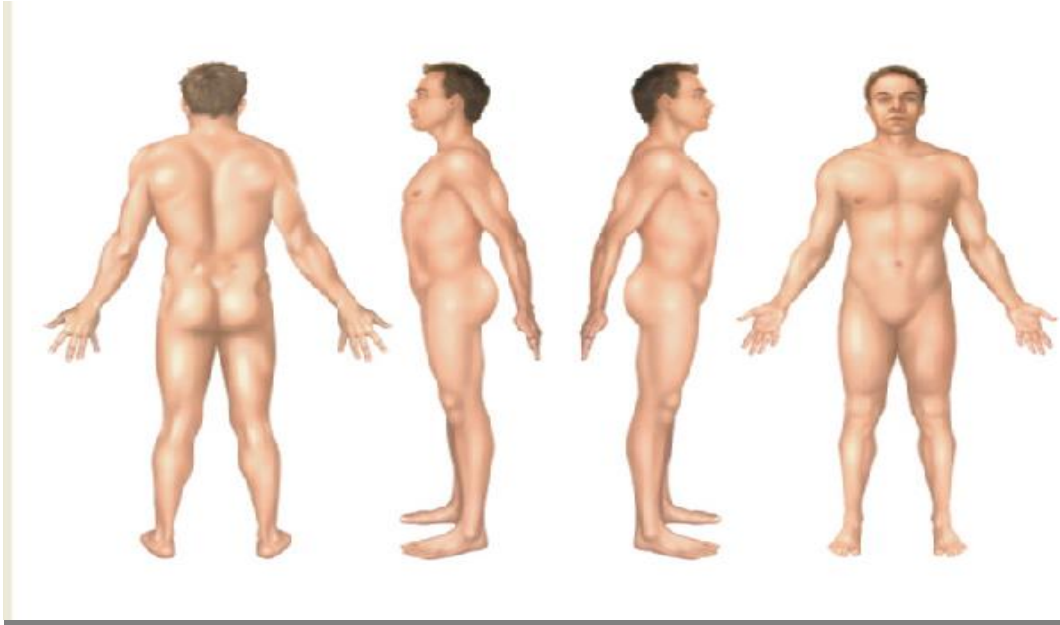
EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA COMO OCCURIO EL ACCIDENTE:



Ilustra como ocurrió el accidente:

Quejas Actuales:

Indique donde esta su dolor o síntomas:



Por favor, califique su dolor en una escala de 0-10:
[0= Ningún Dolor, 10= Dolor Extremo]

Elija la frecuencia con que el dolor esta presente:

Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
Espalda Superior: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
Espalda Baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
_____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

¿Cuáles son las áreas del cuerpo que le molestan?

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Cuándo comenzaron o empeoraron sus síntomas?

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Cuál es la causa de sus síntomas?

1. _____ 3. _____
2. _____
4. _____

Describa sus síntomas. (Dolor Profundo, Ardor, Entumeciendo, Dolor, Rigidez, etc.)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Puedes dormir sin dolor? Si No

¿Te despierta el dolor? Si No

¿Dónde lo sientes? _____

¿Tiene un historial de sus síntomas? Si No

Describe cada episodio que haya tenido con las fechas: _____

¿Ha recibido tratamiento de un quiropráctico? Si No ¿Con quien y adonde:

1. _____

2. _____

—

Describe que actividades empeoran sus síntomas:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Describe que actividades alivian sus síntomas:

1. _____ 3. _____

2. _____

4. _____

Información General:

¿Con que mano escribe? Izquierda Derecha Ambas

Uso del Tabaco: Fumo todos los días Fumo a veces Antes Fumaba Nunca he fumado

¿Cuál es su interés en dejar de fumar?

0 (Ningún Interés) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy Interesado)

Uso del Alcohol: No uso Socialmente Moderado Exceso

¿Alguna vez ha sido clasificado con una discapacidad? Si No

¿Para que? _____

Historial de Tratamiento:

¿Ha visto algún medico por sus síntomas? Si No

1. **Nombre del Doctor :** _____ **Especialidad:** _____

Fecha de la Consulta: _____ Referido por: _____

Tipo de Tratamiento: _____

¿Sigue con el tratamiento? Si No ¿Le ayudo el tratamiento? Si No

¿Le refirieron a alguien? _____

Notas: _____

Historial Médica Actual:

Problemas de Salud Actuales (Enfermedad del Corazón, Diabetes, Alta Presión, etc.):

Ninguno

Medicamentos que este tomando:

Vitaminas/Suplementos

Ninguno

Vea la lista separada

Alergias a cualquier medicamento:

No tengo alergias a los medicamentos

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

¿Ha sido diagnosticado de hipertensión?

Si No

¿Ha sido diagnosticado de diabetes?

Si No

¿Qué tipo? Tipo 1 Tipo 2 Su mas reciente hemoglobina ¿fue de A1c> 9.0%? Si No No Se

Otros comentarios concientes al Diabetes: _____

Historial Médico:

Lesiones a la Cabeza, Cuello y Espalda incluyendo Accidentes de Automóvil y del Trabajo:

Cirugías (Fecha y Tipo): _____

Fracturas (Fecha y Tipo): _____

Pregunta de Verificación (Elija una pregunta, márquela y ponga su respuesta abajo)

¿Cuál es el nombre de su mascota favorito? ¿En que ciudad nació? ¿Dónde fue a la preparatoria?

¿Cuál es su película favorita? ¿Cuál es el apellido de soltero? ¿En que calle creciste?

¿Cuál fue la marca de tu primer vehiculo? ¿Cuándo es tu aniversario?

Respuesta a la Pregunta de Verificación: _____

Respuesta debe tener 6 letras y números en total.

Firma: _____ Fecha: _____



Dr. Woodmansee, DC

Dr. Bryan Gordon DC

Clinic and Financial Policy (Please Read Very Carefully)

The following is an explanation of our clinic's policies. We believe that a clear definition will allow us both to concentrate on the most important issue: Regaining and maintaining your health. We will be happy to answer any questions you may have regarding our policies, your account, or insurance coverage.

No Charge Consultation

Midvalley Clinic will do a special "No Charge" consultation or brief conference with anyone interested in finding out if chiropractic care can help with their individual health problem. There is no charge or obligation in connection with this service. (Consultation is a discussion which can consist of: Current and Past Medical History, and Current Complains only, this does not include advice, examination, or other "treatment" recommendations.)

Patient Payment Policy

We feel that the patient's health needs are paramount; therefore, the following payment policy is an attempt to allow you, the patient, to receive the care you need along with clear account balances.

New Patient Services

All payments towards deductible and cash are required at the time of service. Properly documented Worker's Compensations and Auto Accident claims are not required to pay at this time if appropriate forms and liens are signed.

Established Patient Care Services

Patients under care are required to make regular payments on all unpaid balances, except for properly documented Worker's Compensation and Auto Accident claims. Payments need to be paid on time according to your arrangements. In the event your account becomes over 60 days late, you agree to the following terms: ***The undersigned specifically agrees to pay all reasonable attorney's fees and court costs in the event legal action is taken to collect on the account. The undersigned further agrees to pay an additional amount representing fifty (50%) of the principle balance if the account is referred to a collection agency or attorney for collection. There will be an additional interest accrued on your account in the amount of 1.5% of the original balance per month. This additional amount is in recognition of the costs associated with said collection action processing.***

Our Policy on Health Insurance

Today, not all insurance companies will cover chiropractic care. We will be happy to file your insurance claim for you and do everything we can to make sure you receive proper reimbursement; however, we cannot take responsibility for what your health insurance will or will not cover. In the event your insurance deems your visit or procedure "not medically necessary" you agree to waive the portion of your agreement with your HMO/PPO and pay for the office visit(s) that day in full or make payment arrangements. In the event you begin a treatment plan in which all visits are not covered, you agree to accept financial arrangements.

Appointments

It is essential that you keep your appointments, failure to do so results in poor results, and a lost opportunity we have to treat someone else. We understand that emergencies and accidents happen; however, we charge for missed appointments in the amount of \$15.00 per missed appointment. You are responsible for this fee if you do not give 24 hour notice of missed appointment.

Release of Information

I authorize the release of any information concerning my health and health care services to my insurance companies, pre-paid health plan or Medicare.

Assignment of Insurance Benefits and Payment Agreement

I authorize and direct that payment be made directly to: Dr. Dirk Woodmansee, DC @ Comprehensive Chiropractic Clinic, and/or Dr. Bryan Gordon, DC or other designated corporation located at 2618 West 7800 South Suite #200, West Jordan, UT 84088 (801) 562-1531; for any and all insurance benefits or reimbursement for services rendered by him/them which amounts would otherwise be payable to me under any insurance or pre-paid health care plan. I understand that there is no guarantee that my insurance company or pre-paid health plan will cover or pay for all of my charges. Notwithstanding denial, reduction of benefits or failure to pay for any reason, I understand that I am responsible for all remaining charges.

Privacy Policy

At MidValley Clinic we care about your privacy, and we have taken steps to ensure that your personal information is protected. We will only provide information to those whom you have given authorization in writing to do so. If you would like to review in detail our policies on HIPPA we will provide you one at your request.

Questions and Answers

Your questions about any aspect of your care or account are invited. Please feel free to ask your doctor or any available staff member. We will make every effort to answer your inquiries.

We look forward to serving you.

Name (Printed)

Signature

Date