

SIEGEL CHIROPRACTIC, L.L.C.

Bennett E. Siegel, B.S., D.C.
28 East Main St.
Avon, CT 06001
(860) 674-1992

Apreciado/a _____,

Bienvenido a Siegel Chiropractic, L.L.C.! Permítame agradecerle sinceramente por seleccionarme como su quiropráctico personal de familia. Estoy seguro de que al igual que millones de personas alrededor del mundo, encontraras que el tratamiento quiropráctico es un método excelente y muy beneficioso para lograr obtener una mejor salud y más energía. Todos estamos dedicados a proveerle el mejor cuidado posible. Por favor, no desista de llamar a la oficina si tiene alguna pregunta o si necesita nuestra ayuda de alguna manera. Responderemos lo mas pronto posible.

Ya que ha programado sus primeras citas con nosotros, queremos dirigir su atención a las preguntas que se hacen con mas frecuencia: ¿Cuál es el costo? Que tal de cobertura de seguro? ¿Dónde se encuentra la oficina?

Su primera cita, su examen como nuevo paciente, esta programado para _____, _____ a las _____ am/pm. La cita dura aproximadamente 45 minutos. Incluye un examen cuidadoso de su historial de salud y un examen quiropráctico. El precio es de \$300.00, cubre el examen de historial de salud y consulta. El costo de los ajustes quiroprácticos y cualquier suplemento necesitado se determinara durante el examen. Este servicio ha de ser pagado durante esta visita. Si tiene alguna radiografía o pruebas de laboratorio recientes, puede traerlo ya que muchas veces resulta beneficioso.

Su cita para seguimiento esta programado para _____, _____ a las _____ am/pm. Esta cita dura 30 minutos. Repasare con usted los resultados de su examen inicial y le explicare cual es el tratamiento y horario mas beneficioso para usted. Recibirá tratamiento después de la explicación. El informe de los resultados esta incluido en el costo de su examen inicial, sin embargo hay un costo adicional por cualquier ajuste, suplemento, etc.

Si por alguna razón usted no puede cumplir con su cita, se requiere notificación de cancelación 24 horas antes de su cita. Si no lo notifica, recibirá un cobro de \$50.00 por perder la cita.

Hemos incluido un formulario del historial de su salud para que lo llene y lo traiga con usted el día de la primera cita. También incluido esta la dirección de cómo llegar a nuestra oficina.

Deseamos agradecerle a la persona que lo refirió a nuestra oficina y esperamos poder agradecerle en el futuro a usted también por referir a alguien a nuestra oficina.

Consideramos que cada paciente nuevo que aceptamos, desde los infantes hasta las personas de mayor edad, merecen el mejor cuidado de salud que la Quiropráctica pueda ofrecer y esperamos con ansias poder ayudarlo en el camino a la recuperación lo mas pronto posible.

Sinceramente,

Bennett E. Siegel, D.C.

SIEGEL CHIROPRACTIC, L.L.C.
28 East Main St. Avon, CT 06001 (860) 674-1992

DIRECCIONES

DESDE EL AREA DE HARTFORD – I 84 WEST

Tome la salida 39- RT 4 Farmington. Siga derecho, pase la luz, después de una curva pase la luz intermitente. En la próxima intersección haga una derecha y tome la ruta 10 norte. Siga por aproximadamente 6 millas hasta llegar a la ruta 44. Haga una izquierda en la ruta 44 y siga por media milla hasta la segunda luz donde hará una derecha y donde se encuentra el edificio color oro. El edificio numera 28 es el edificio azul-gris, es el primero que ves. Estacionese detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

DESDE LA PARTE NORTE DE CONN Y MASS – I 91 SOUTH

Siga I 91 South hasta el aeropuerto Internacional Bradley. Tome la ruta 20 West, siga la ruta 20 hasta el centro de Gramby. Tome una izquierda en la ruta 10/202. Siga la ruta 10 pasando por Simsbury hasta llegar a Avon, ruta 44. En la luz haga una izquierda y manténgase en el carril izquierdo. Estamos en el edificio azul-gris numero 28. Estacionese detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

DESDE EL AREA DE FARMINGTON/UNIONVILLE – RUTA 4 NORTH

Siga la ruta 4 a la ruta 167 North en Unionville. Continúe en la ruta 167 hasta que llegue a la intersección de la ruta 44. En la ruta 44 haga una derecha y siga aproximadamente 3 millas. Estamos en la luz justo después de la intersección donde la ruta 10 se encuentra con la 44. Haga una izquierda, estamos en el edificio azul-gris numero 28. Estacionese detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

DESDE TORRINGTON - RUTA 202 EAST

Siga la ruta 202 hasta la ruta 44 East. Siga la ruta 44 por aproximadamente 7 millas. Quedamos como 3 millas desde Mc Donalds (el restaurante), en el lado izquierdo de la ruta 44, inmediatamente después de la intersección donde la ruta 44 se encuentra con la ruta 10. Haga una izquierda, estamos en el edificio azul-gris numero 28. Estacionese detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

DESDE LA PARTE OESTE DE CONN/SUROESTE DE MASS- RT 44 EAST

Siga la RT 44 hacia Avon. Estamos ubicados aproximadamente 3 millas desde McDonalds (restaurante) en Avon., en la luz, continúe inmediatamente hacia la intersección donde la ruta 10 se encuentra con la ruta 44. Estamos ubicados en el edificio azul/gris numero 28. Estacionese detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

DESDE LA PARTE OESTE DE CONN CRUZANDO LA RT 84

Siga la ruta 84 West y tome la salida numero 39 (Farmington RT 4). Recuerde que esta salida queda a su izquierda. Tome la ruta 10 North hacia la ruta 44 West. Haga una izquierda, en la segunda luz haga una derecha hacia el complejo de oficinas. Estamos ubicados en el edificio azul/gris numero 28. Estacionese por detrás del edificio y entre por la entrada de atrás.

Siegel Chiropractic, L.L.C.*Bennett E. Siegel, B.S., D.C.*

28 East Main Street

Avon, CT 06001

(860) 674-1992

ARCHIVO:

FECHA:

Health History Form*(Letra clara, por favor)*

Esta su visita hoy relacionada con un accidente de auto o con accidente de trabajo?

☐ si ☐ noEs **MEDICARE** su seguro primario? ☐ si ☐ no

Nombre _____ C () _____ M () _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo _____

Direccion postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo: M F Estado Social: S C D V

Numero de Hijos _____

Lugar de

Trabajo _____

Ocupacion _____ Telefono () _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo _____

La siguiente seccion es referente a su esposa, o si es menor, la persona responsable:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

No. Seguridad Social _____ Telefono Trabajo() _____

Lugar de

Trabajo _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo _____

A quien debemos agradecer por referirte a nuestra oficina? _____

Quien es responsable por el pago de esta factura? _____

Pagare hoy con: ☐ Cash ☐ Check ☐ Charge Card

Nombre de su quiropractico anterior _____ Telefono() _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo _____

Cuales fueron los

resultados? _____

Fecha del ultimo: Ajuste por un quiropractico _____

Examen de Espina Dorsal _____

Rayos X de la

Espina _____

Nombre de su Doctor_____ Telefono()_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____

Codigo_____

Fecha del ultimo: Examen Fisico_____ Analisis de Sangre_____ Analisis de Orina_____

Rayos X de pulmon_____ Rayos X dental_____

Tipo y fecha de otros Rayos X o Scans_____

Historial Familiar:	Cancer	Corazon	Diabetes	Rinones	Otros Problemas de Salud Mayores
Madre	[]	[]	[]	[]	[] _____
Padre	[]	[]	[]	[]	[] _____
Hermanos (no. de ellos_____)	[]	[]	[]	[]	[] _____
Hermanas (no. de ellos_____)	[]	[]	[]	[]	[] _____

Si ha tenido algunos de los siguientes, por favor indica que anos:

_____Alcoholismo	_____Bocio	_____Pleuritis
_____Anemia	_____Problema de corazon	_____Neumonia
_____Apendicitis	_____Hepatitis	_____Polio
_____Artritis	_____Presion Alta	_____Fiebre Reumatica
_____Cancer	_____Lumbago	_____Tuberculosis
_____Varicela	_____Sarampion	_____Ulcera
_____Diabetes	_____Desorden Mental	_____Enfermedad Venerea
_____Eczema	_____Mononucleosis	_____Tosferina
_____Epilepsia	_____Esclerosis Multiple	
_____Piedras en rinones	_____Paperas	

Si ha tenido algo de lo siguiente, por favor indique que ANO y DESCRIBA:

Fractura o Hueso partido_____

Perder la conciencia_____

Uso de
baston/muletas/collarin/corsel_____

Been treated for a spine or nervous condition_____

Talon desgastado/planta levantada/plantillas,
etc_____

Caida o
Accidente_____

Visita a la Sala de
Urgencias_____

Cirugias_____Amigdalas_____Apendice_____

Hospitalizaciones_____

Medicamentos actuales (incluya dosis y cuantos anos)_____

Toma vitaminas o minerales
(lista)_____

Tiene o sospecha tener alergias
(lista)_____

Cual es tu MAYOR queja o problema_____

Esta relacionado con: Accidente de Auto_____ Accidente de Trabajo _____Accidente en Casa_____

No-traumatica_____

Cuando comenzo esta condicion o
problema?_____

Condicion parecida en el pasado? Si No Si es si, cuando y
causa_____

Tipo de dolor_____Duracion_____Frecuencia_____

Esta haciendose progresivamente: Mejor Peor Igual Constante Va y Viene

Interfiere con: Trabajo Sueno Rutina Diaria Otro_____

Doctores y Hospitales visitados anteriormente para mirar esta condicion, ano, diagnostico y tratamientos:

Que es lo que tu crees que esta mal?_____

Que otras quejas o problemas tienes?_____

Para pacientes femeninas solo: Estas o crees estar embarazada?_____

NOTA: Usa la parte de atras de este formato si necesitas para aportar informacion adicional.

Habitos	Nada	Light	Medio	Alto	Cantidad		Nada	Light	Medio	Alto	Cantidad
Alcohol	[]	[]	[]	[]	_semana	Ejercicio	[]	[]	[]	[]	_____
Cafe	[]	[]	[]	[]	_c/dia	Descanso	[]	[]	[]	[]	_____
Te	[]	[]	[]	[]	_c/dia	Apetito	[]	[]	[]	[]	_____
Tabaco	[]	[]	[]	[]	___/dia						
Drogas	[]	[]	[]	[]	_____						

POLIZA DE LA OFICINA

Siegel Chiropractic, LLC. esta destinada a proveerle a usted el mejor cuidado possible. En orden de alcanzar esta meta, necesitamos su ayuda y comprension sobre nuestra poliza de pago. El pago sera al tiempo de haber realizado los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, giro postal, Master Card, Visa, American Express or Discover Card. Nosotros no participamos o colaboramos con ningun seguro. Sin embargo, usted quizas tenga un seguro que participa fuera de la red. Si es asi, estamos dispuestos a ayudarte a recibir el maximo de los beneficios permitidos. Estaremos contentos de proveerle una factura que pueda deducir o reclamar a su compania de seguros. Tu poliza de seguro es entre usted y su compania. La oficina Siegel Chiropractic, LLC no es responsable de entrar en ninguna discussion con su compania de seguro. Si hay algun cambio en su informacion personal (Ej.: direcciion, telefono, empleo) o si recientemente ha sufrido un accidente o herida, es su responsabilidad informar a la recepcionista inmediatamente, antes de ver al medico. Es necesario llenar y firmar formularios nuevos. Todos los suplementos, sin importar el seguro que tenga, deben

ser pagados en el momento que se compran. Debido a nuestros requisitos de horario, cualquier paciente que cancele o no aparece para su cita, sin dar aviso de cancelacion 24 horas antes, recibira un cobro por fallar a su cita.

YO comprendo y acepto que, sin importar la situacion de mi seguro, soy responsable por el balance de mi cuenta por cualquier servicio professional prestado. En el caso de que mi seguro solicite informacion al Dr. Siegel, sea que la oficina someta el reclamo al seguro o no, yo autorizo a la oficina a entregar cualquier informacion requerida para procesar el reclamo al seguro. Tambien comprendo que Siegel Chiropractic, LLC reserve el derecho de enviar cualquier cuenta no pagada a las agencias de cobro si es necesario.

_____	Fecha _____	_____	Fecha _____
Firma de Paciente o Guardian		Firma de Conyuge o Testigo	

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO

Yo comprendo que si soy aceptado como paciente por los Medicos de Siegel Chiropractic LLC., yo los autorizo a que procedan con cualquier tratamiento que ellos consideren necesarios. Ademas, cualquier riesgo envuelto en el tratamiento quiropractico me sera explicado cuando yo lo solicite.

Firma del Paciente _____	Fecha _____
---------------------------------	--------------------