

# **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 \$325.00, 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 numerado 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 número 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 número 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 número 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 número 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 número 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 número 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 St  
 Avon, CT. 06001  
 (860)674-1992

FECHA

**HISTORIAL DE SALUD**

(Escriba con letra de imprenta)

Se debe su visita a algún accidente de auto o alguna herida relacionado con el trabajo?

[ ] Sí [ ] no

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: M F Estado Civil: S C D V

Numero de Hijos \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

La siguiente sección es pertinente a su cónyuge, o si es menor, a quien sea responsable:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teléfono del Empleo( ) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por esta factura? \_\_\_\_\_

Hoy pagare de esta manera: [ ] En Efectivo [ ] Cheque [ ] Tarjeta de crédito

Nombre de su quiropráctico anterior \_\_\_\_\_ Teléfono( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Cuales fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo: Ajuste Quiropráctico \_\_\_\_\_ examen de la columna \_\_\_\_\_

Radiografía de la columna \_\_\_\_\_

Nombre de su Medico \_\_\_\_\_ Teléfono( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo: Examen Físico \_\_\_\_\_ Prueba de Sangre \_\_\_\_\_

Examen de orina \_\_\_\_\_ Radiografía del Pecho \_\_\_\_\_

Radiografía Dental \_\_\_\_\_

Fecha y Tipo de otras radiografías \_\_\_\_\_

Historial de Familia: Cáncer Corazón Diabetes Riñones Otro problema de salud

Madre [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Padre [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Hermanos (no de\_\_\_) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Hermanas (no de\_\_\_) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Si has tenido algunas de las siguientes, indique en que años:

_____ Alcoholismo	_____ Bocio	_____ Pleuresía
_____ Anemia	_____ Enfermedad Cardíaca	_____ Pulmonía
_____ Apendicitis	_____ Hepatitis	_____ Polio
_____ Artritis	_____ Tensión Alta	_____ Fiebre Reumática
_____ Cáncer	_____ Lumbago	_____ Tuberculosis
_____ Varicela	_____ Sarampión	_____ Ulceras
_____ Diabetes	_____ Enfermedad Mental	_____ Enfermedad Venérea
_____ Eczema	_____ Mononucleosis	_____ Tos Ferina
_____ Epilepsia	_____ Esclerosis Múltiple	
_____ Piedras en la Vesícula	_____ Paperas	

Si ha tenido alguno de los siguientes, favor de anotar el año y describa:

Fracturado o quebrado un hueso \_\_\_\_\_  
 Caída inconsciente debido a golpe \_\_\_\_\_  
 Usado baston/muleta/collar \_\_\_\_\_  
 Tratado para alguna condición de nervios o la columna \_\_\_\_\_  
 Usado tachón o plantillas, zapatos especiales  
 etc. \_\_\_\_\_  
 Caída o accidente \_\_\_\_\_  
 Visita a la sala de emergencia \_\_\_\_\_  
 Cirugías \_\_\_\_\_ Amígdala \_\_\_\_\_ Apendice \_\_\_\_\_  
 Hospitalización \_\_\_\_\_  
 Drogas / medicinas corrientes (incluya dosis y cuantos años) \_\_\_\_\_  
 Tomas vitaminas o minerales? Cuales? \_\_\_\_\_  
 Tienes o sospechas tener alergias? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su mayor queja o dolencia? \_\_\_\_\_  
 Esta relacionado con: Accidente de carro \_\_\_\_\_ Herida en el trabajo \_\_\_\_\_ En el hogar \_\_\_\_\_  
 No Traumático \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo comenzó esta condición? \_\_\_\_\_  
 Ha tenido una condición similar en el pasado? Si [ ] No [ ] Cuando y que lo causo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Que clase de dolor \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
 Frecuencia \_\_\_\_\_  
 Esta progresivamente: Mejor Peor Igual Constante Va y viene  
 Interfiere con: El trabajo Sueno Rutina diaria Otro \_\_\_\_\_  
 Hospitales o médicos vistos por esta condición, el año, diagnosis y tratamiento  
 \_\_\_\_\_

---

Que piensa usted que tiene? \_\_\_\_\_  
 Cual es o son los demás padecimientos \_\_\_\_\_  
 Para pacientes femeninas solamente: Estas o crees estar embarazada? \_\_\_\_\_  
 Nota: Puedes usar el dorso de esta pagina para añadir cualquier comentario o información.

Habito	No	Ligero	Regular	Bastante	Cantidad		No	Ligero	Regular	Bastante	Cant.
Alcohol	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/Sem.	Ejercicio	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Café	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___c/dia	Sueno	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Te	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___c/dia	Apetito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Tabaco	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/dia						
Drogas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____						

## POLIZA DE OFICINA

La oficina de Siegel Chiropractic, L.L.C. esta dedicada a proveerle el mejor cuidado posible. Para poder lograr esta meta, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra póliza de pago.

Se espera que cancele su cuota el mismo día que se le preste el servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, giro postal, Master Card, Visa, American Express o Discover Card. Nosotros no participamos con los seguros de salud. Sin embargo, usted quizás tenga un seguro que participa fuera de la red. En tal caso, estamos deseosos por ayudarlos a recibir el máximo beneficio permitido. Con mucho gusto le podemos proveer una factura detallada, aceptada por los seguros, para que usted pueda someterlo a la compañía de seguro. La póliza de seguro es entre usted y su compañía de seguro. La oficina de Siegel Chiropractic L.L.C. no es responsable por cualquier disputa que ocurra entre usted y su seguro. Si hay algún cambio en su información personal (Ej.: dirección, teléfono, 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 un aviso de cancelación 24 horas antes, recibirá un cobro por fallar a su cita.

**Yo comprendo y acepto que, sin importar la situación de mi seguro, soy responsable por el balance de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. En el caso de que mi seguro solicite información al Dr. Siegel, sea que la oficina someta el reclamo al seguro o no, yo autorizo a la oficina a entregar cualquier información requerido para procesar el reclamo al seguro. También comprendo que Siegel Chiropractic, L.L.C. reserva el derecho de enviar cualquier cuenta no pagado a las agencias de cobro si es necesario.**

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Guardián Firma de Cónyuge o Testigo

### CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO

Yo comprendo que si soy aceptada como paciente por los Médicos de Siegel Chirpractic L.L.C., yo los autorizo a que procedan con cualquier tratamiento que ellos consideren necesarios. Además, cualquier riesgo envuelto en el tratamiento quiropráctico me será explicado cuando yo lo solicite.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_