



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samer Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abaid, RN, FNP

Estimado Paciente:

Esta oficina es un grupo médico multidisciplinario. Lo hemos hecho por diversas razones, la razón más importante es que en nuestras instalaciones puedan disfrutar de un enfoque más amplio para su salud mediante la utilización de un modelo integrado. Esto significa la incorporación de personal médico y quiropráctico, que están directamente involucrados en su atención médica. Así servicios determinados y diagnósticos se administrara cuando clínicamente garantizados y fracturados bajo **Apex Physical Medicine**. Cuando reciba su explicación de beneficios de su compañía de seguro de salud, indicara el día de los códigos de servicio y procedimiento y los pagos realizados a **Apex Physical Medicine**. Si tiene algunas preguntas acerca de esta emocionante enmienda a nuestra oficina por favor no dude en preguntar, nosotros estamos disponibles para cualquier duda.

Phone 972-378-0383  
*Apex Physical Medicine*  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samer Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO    Mizi Abaid, RN, FNP

## INFORMACION PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
(APPELLIDO) (MI) (NOMBRE)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:    /    /    Seguro Social # :    -    -

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado Civil:    S    C    V    Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

Referido por: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO

Tipo de Seguro:    Salud    Pago Personal    PI/Auto    Worker's Comp    Medicare

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado:    /    /    Seguro social del asegurado :    -    -

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

Comprendo y acepto claramente que todos los servicios prestados a mí se cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado y tratamiento, cualquier honorario por los servicios profesionales que me sean rendidos será inmediatamente debido y pagadero.

Firma del paciente/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Phone 972-378-0383  
Apex Physical Medicine  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

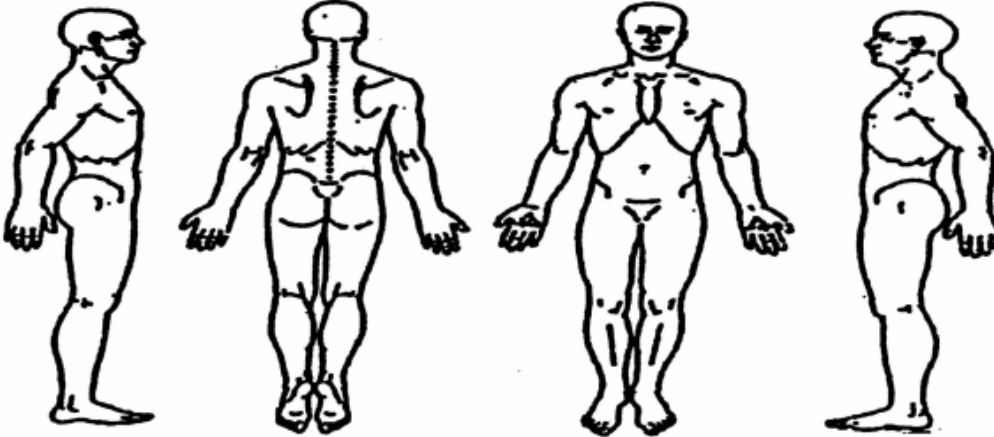
Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## HISTORIAL CLÍNICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. **Marque uno:**  Seguro Médico     Accidente Automovilístico     Compensación de trabajo

2. **Indique en los dibujos donde tiene dolencias/síntomas:**



3. **¿Cómo describiría el tipo de dolencia?**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agudo      | <input type="checkbox"/> Dormido                   |
| <input type="checkbox"/> Sordo      | <input type="checkbox"/> Hormigueo                 |
| <input type="checkbox"/> Difuso     | <input type="checkbox"/> Agudo con movimiento      |
| <input type="checkbox"/> Incomoda   | <input type="checkbox"/> Se refleja con movimiento |
| <input type="checkbox"/> Quemante   | <input type="checkbox"/> Punzante con movimiento   |
| <input type="checkbox"/> Se refleja | <input type="checkbox"/> Eléctrico con movimiento  |
| <input type="checkbox"/> Rígido     | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |

**En escala del 1-10 mi dolor es:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0: No hay dolor

10: Dolor Severo

4. **¿Cómo cree que comenzó el problema?**

\_\_\_\_\_

5. **¿Qué tan frecuente se presentan los síntomas?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Constantemente (76-100% del tiempo) | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (26-50% del tiempo)   |
| <input type="checkbox"/> Frecuentemente (51-75% del tiempo)  | <input type="checkbox"/> Intermitentemente (1-25% del tiempo) |

6. **Su nivel de actividad:**

- Pesado     Moderado     Liviano     Ninguno

7. **¿Cómo calificaría su salud en general?**

- Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Pobre

8. **A tenido algún tipo de accidente (carro, caídas, etc.) en el pasado?**

Quando, Que tipo? \_\_\_\_\_

Phone 972-378-0383  
**Apex Physical Medicine**  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO

Dr. Samir Hamed, DC  
Mizi Abiad, RN, FNP

9. Proporcione una lista de Medicamentos que esté tomando:

---

---

10. Es usted alérgico a algún medicamento o comida?      **SI**      **NO**

SI lo es, a qué?:

---

11. Haga una lista de todas las cirugías que se le han realizado:

---

---

12. ¿Qué actividades realiza fuera del trabajo?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentarse:                  | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> De pie:                    | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en la Computadora: | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> En el Teléfono:            | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> Manejando/Conduciendo:     | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| Otras Actividades:                                  | <input type="checkbox"/> Labor Manual        | <input type="checkbox"/> Leo mucho        | <input type="checkbox"/> Viajo frecuentemente       |

13. Que actividades disfruta fuera del trabajo?

---

14. A sido hospitalizado por problemas de salud?       Si       No

Cuando y porque razón? \_\_\_\_\_

15. Algo más sobre su visita de hoy que quiera compartir con nosotros?       Si       No

Explique: \_\_\_\_\_



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
 Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## 16. Historial Familiar:

Use "x" para indicar su respuesta para cada familiar.

Miembro Familiar	Diabetes	Presión alta	Problemas mentales	Otros (lista)	Desconocido
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

## 17. Sobre las últimas 2 semanas, que tanto le an molestado estos problemas?

	No	Algunos días	Mas de la mitad del tiempo	Casi todos los días
1) Poco interés o pasión en hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Se siente deprimido, triste, sin alguna salida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Problemas para dormir, quedarse dormido, duerme mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Se siente cansado y sin energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Poco apetito o come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Se siente mal sobre sí mismo o que se ha fallado a usted o su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Problemas para concentrarse cuando esta leyendo, viendo tele, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Moviéndose y hablando despacio, o más de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensamientos de que la vida es mayor sin usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
 Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

18. Ponga una 'X' en la columna "pasado" si ha sufrido de la condición en el pasado. Si usted sufre de la condición en el presente, ponga una 'X' en la columna "presente"

Pasado	Presente		Pasado	Presente		Pasado	Presente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis/ Ronchas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus sistemático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en los riñones			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de brazo/Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección en la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MUJERES SOLAMENTE</b> Anticonceptivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo hormonal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida/Aumento de peso anormal			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de tobillo/Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/ Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de hígado/vesicular biliar			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga general			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incoordinación Muscular			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis crónica						



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
 Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

**19. Marque "X" si a experimentado alguno de estos síntomas en los 7-14 días o en el pasado**

	<b>Hoy</b>	<b>7-14 días</b>		<b>Hoy</b>	<b>7-14 días</b>
			Falta de Energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliento rápido y superficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar en la sangre elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina frecuenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmallar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga (Cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel Fría y Pálida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento del hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas urinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de agujas en pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento y hormigueo en manos/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidades del sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto doloroso con los calcetines o la hoja de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de choque eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de quemarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para digerir los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA (mini trazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho que se va con el resto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción de la sangre en una vena (trombosis venosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en los terneros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos cardíacos irregulares, demasiado rápidos o lentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (dolor severo en el pecho, espalda en el hombro, brazo, espalda, cuello o mandíbula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
sensación de guijarros o arena en los zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Phone 972-378-0383**  
**Apex Physical Medicine**  
 2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
 Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## 20. Historia Médica (¿Alguna vez ha tenido lo siguiente: marque "sí" o "no" deje en blanco si está incierto?)

<b>Sarampión</b> No Sí	<b>Paperas</b> No Sí	<b>Varicela</b> No Sí
<b>Pequeña viruela</b> No Sí	<b>Escarlatina</b> No Sí	<b>Tos ferina</b> No Sí
<b>Difteria</b> No Sí	<b>Neumonía</b> No Sí	<b>Fiebre reumática</b> No Sí
<b>Polio</b> No Sí	<b>Bronquitis</b> No Sí	<b>Tendencia de sangrado</b> No Sí
<b>Glaucoma</b> No Sí	<b>Tuberculosis</b> No Sí	<b>Válvulas mitrales prolepsis</b> No Sí
<b>Enfermedad venérea</b> No Sí	<b>Hemorroides</b> No Sí	<b>Transfusión de sangre</b> No Sí
<b>Hernia</b> No Sí	<b>Enfermedad de la tiroides</b> No Sí	<b>Fecha de la última radiografía</b> ____
<b>Infecciosa mono</b> No Sí		

## 21. Historia social (Por favor, X todos los que apliquen)

### Es usted?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actual fumador      | <input type="checkbox"/> Estado del fumador actual es desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ex fumador          | <input type="checkbox"/> Desconocido si ha fumado                 |
| <input type="checkbox"/> No fuma             | <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco ligero                 |
| <input type="checkbox"/> Fuma todos los días | <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco pesado                 |
| <input type="checkbox"/> Fuma algunos días   | <input type="checkbox"/> Usa tabaco en otras formas               |

## 22. ¿Tuvo una bebida que contenía alcohol en el último año?

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

### Si 'Sí': ¿Con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol en el último año?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                     | <input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes      |
| <input type="checkbox"/> Mes o menos               | <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces a la semana |
| <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana |  |

### Si 'Sí': ¿Cuántas bebidas tuviste en un día típico cuando bebías en el último año?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 bebidas    | <input type="checkbox"/> 5 o 6 bebidas |
| <input type="checkbox"/> 3 a 4 bebidas    | <input type="checkbox"/> 7 a 9 bebidas |
| <input type="checkbox"/> 10 o más bebidas |  |

### Si 'Sí': ¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año?

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca         | <input type="checkbox"/> Al mes      |
| <input type="checkbox"/> Menos del mes | <input type="checkbox"/> Cada semana |

Phone 972-378-0383  
**Apex Physical Medicine**  
 2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093





# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## Acuerdo de Verificación de Seguro

Como una cortesía, Apex Physical Medicine verificará y presentará mi seguro de salud. Sin embargo la verificación de mi beneficio de seguro no garantiza pago por los servicios prestados. Entiendo que la información proporcionada a través de la verificación de seguro no es una garantía de cobertura y beneficios reales; se determinan solo cuando se recibe la reclamación. Como tal, en el caso que mi seguro médico no pague o imponga limitaciones, soy responsable por los cargos incurridos.

Nombre de Paciente (Imprimido) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Gerente de Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## Consentimiento Informado

Estimado Paciente:

Con cada tipo de cuidado de la salud existen riesgos. Esto incluye el tratamiento quiropráctico. Queremos que este informado antes de consentir que se le dé el tratamiento quiropráctico. Esto es el consentimiento informado.

Los ajustes de la quiropráctica son el movimiento de huesos con las manos del doctor o con el uso de una máquina. Con frecuencia, los ajustes crean “hacer estallar” o “hacer clic” el sonido/la sensación en las áreas que son tratadas.

En esta oficina, usamos ayudantes entrenados que pueden asistir al doctor con partes de su consulta, examen, toma de la radiografía, aplicación de la terapia física, tracción, terapia del masaje, instrucción de ejercicio, etc. En la ocasión que su doctor no esté disponible, su cuidado puede ser manejado por otro doctor o ayudante entrenado.

**Derrame Cerebral:** El derrame cerebral es el problema más serio asociado con un ajuste de quiropráctica. Cuando ocurre un derrame cerebral una porción del cerebro no recibe oxígeno. Los resultados pueden ser disfunción temporal o permanente del cerebro, y muy pocas veces muerte. El ajuste de la quiropráctica que ha sido vinculado con el derrame cerebral (de la arteria vertebral) se llama ajuste de Extensión-Rotación-Empuje del Atlas. NO utilizamos este tipo de ajustes en nuestros pacientes. Otro tipo de ajustes de cuello puede también potencialmente estar relacionado con derrame cerebral (de arteria vertebral), pero nada es seguro. Los estudios más recientes (Diario del CCA Volumen 37, No. 2, Junio de 1993) estiman que la incidencia de este tipo de derrame cerebral es 1 por cada 3,000,000 de ajustes del cuello superior. Esto significa que un consultorio común y corriente de quiropráctica tendría que ejercer ajustes por centenares de años antes de que fuera asociado con esta estadística.

**Discos Herniados:** Las hernias del disco que crean la presión sobre un nervio espinal o la médula espinal son tratadas con frecuencia con éxito por los Quiroprácticos y ajuste de la quiropráctica, descompresión, etc. Esto incluye tanto en el cuello como en espalda. Sin embargo, de vez en cuando, el tratamiento de la quiropráctica (ajustes, tracción, etc.) agravará el problema. Raramente, puede causar un problema de disco si el disco está en una condición debilitada por causa de una cirugía previa. Estos problemas ocurren tan rara vez que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

**Lesión del tejido suave o blando:** Tejido suaves o blandos son mayormente los músculos y los ligamentos. Los músculos mueven los huesos y los ligamentos limitan el movimiento de articulaciones. Con poca frecuencia un ajuste de quiropráctica (o tratamiento) puede causar una fisura en algunas fibras de músculo o ligamento. El resultado es un aumento temporal de dolor y tratamientos son necesarios para solucionar esto, pero no hay ningún efecto a la larga para el paciente. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

Phone 972-378-0383  
*Apex Physical Medicine*  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO    Mizi Abiad, RN, FNP

**Fracturas de costilla:** Las costillas se encuentran en la espina torácica o espalda alta/media. Rara vez, un ajuste de la quiropráctica puede causar una rotura en la costilla y esto le llama una fractura. Esto sólo ocurre en pacientes que tiene huesos debilitados a causa de condiciones como osteoporosis. Osteoporosis se puede descubrir en su radiografía. Ajustamos a todos los pacientes muy cuidadosamente, y en especial a aquellos que tengan osteoporosis en sus radiografías. Estos problemas ocurren con tan poca frecuencia que no hay ningunas estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

**Quemaduras de la terapia física:** Algunas máquinas que utilizamos generan calor. También usamos tanto el calor como el hielo, y de vez en cuando se recomienda para uso en casa. La piel de todo el mundo tiene la sensibilidad diferente frente a estas modalidades y raramente, el calor o el hielo pueden quemar o irritar la piel. El resultado es un aumento temporal en dolor de la piel, y puede haber ampollar en la piel. Estos problemas ocurren tan raramente que no hay ningunas estadísticas disponibles para cuantificar su probabilidad.

**Dolencia:** Es común que los ajustes de la quiropráctica, tracción, terapia del masaje, ejercicio, etc., den lugar a un aumento temporal en dolencia en la región que es tratada. Esto casi siempre es un síntoma temporal que ocurre mientras su cuerpo se somete al cambio terapéutico. No es peligroso, pero si se encuentra, asegúrese de informarle a su doctor.

**Otros problemas:** Puede haber otros problemas o complicaciones que pudieron presentarse del tratamiento de la quiropráctica con excepción de los mencionados arriba. Estos y otros problemas o complicaciones ocurren tan raramente que no es posible anticiparlos y/o explicar todos antes del tratamiento

La quiropráctica es un sistema de cuidado de salud, y por lo tanto, así como cualquier otro sistema de cuidado de salud, nosotros no podemos prometer una cura para cualquier síntoma, enfermedad o condición debido a tratamiento en esta clínica. Nosotros le proporcionaremos siempre el mejor cuidado y si los resultados no son aceptables, nosotros lo remitiremos a otro suministrador de tratamientos que nosotros sentimos que puede ayudar a su condición.

Si tiene alguna pregunta en la susodicha información, por favor pregunte a su doctor. Una vez que tiene un entendimiento total, por favor firme y fecha abajo.

Numero de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Imprimido) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

En presencia de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Phone 972-378-0383  
**Apex Physical Medicine**  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## HIPAA Desclasare

### **Autorización Estándar de Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida**

#### **Información a Ser Usada o Divulgada**

La información se refiere esta autorización incluye:

Todos los Registros de Pacientes

#### **Personas Autorizadas a Usar o Divulgar Información**

La información listada arriba será utilizada o revelada a través de:

“OFFICE” y / o 1rst Health

#### **Fecha de Vencimiento de la Autorización**

Esta autorización es efectiva a través de 12/2014 al menos que sea revocado o cancelado por el paciente o su representante personal del paciente

#### **Derecho de Terminar o Revocar la Autorización**

Usted puede revocar o cancelar esta autorización mediante la presentación de una revocación por escrito a esta oficina y contacte al Oficial de Privacidad.

Yo entiendo que esta oficina no va a condicionar mi tratamiento o el pago de si doy autorización para el uso o divulgación solicitados.

He leído lo anterior y autorizo la Gerente de “OFFICE”\_ usar mi información protegida por las razones mencionadas.

Nombre del Paciente (imprimido) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Gerente de Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## Liberación de Registros Médicos

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la liberación de mi expediente medico

De:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para:

OFFICE

Envié por correo a: "ADDRESS"

Fax a: (972) 239-7445

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Seguro Social

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Phone 972-378-0383  
**Apex Physical Medicine**  
2800 N. Dallas Parkway, Suite 150 • Plano, TX 75093



# Apex Physical Medicine

Dr. Preston Clay Alexander, MD    Dr. Samir Hamed, DC  
Dr. Jade Malay, DC, DABCO        Mizi Abiad, RN, FNP

## Asignación de Beneficios

Por la presente cedo cualquier y todas las compañías de seguros, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, empresas, individuos y / u otras personas jurídicas ("Pagadores"), que puede elegir o ser obligado a pagar, prestar o distribuir ganancias a mí por alguna condición médica, accidentes, lesiones o enfermedades, pasado, presente o futuro ("Condiciones") a **pagar directamente en el nombre de Apex Physical Medicine** ("oficina") las sumas que se adeudan dichos cargos por gastos incurridos por mí en la oficina relacionada con mi condición ("cargos"), con pago a **hacerse en el nombre de Apex Physical Medicine**. Para los fines de este documento (en este documento, "asignación"), "producto" incluyen, pero no se limitan a dinero / el producto de la liquidación, juicio o veredicto, así como cualquier cantidad de dinero / procede relacionados con la salud comercial o seguros colectivos, acuerdos de retención de abogados, beneficios de gastos médicos, protección contra lesiones personales, cobertura no-fault, motorista sin seguro y con insuficiente cobertura, terceros distribuciones de responsabilidad, beneficios por incapacidad, los trabajadores con beneficios de compensación, y cualquier otro beneficio o ganancias pagadero para las finalidades indicadas en este documento.

En el caso de que retenga uno o más abogados para que me represente en este asunto, dirijo a cada abogado a emitir una carta de protección a esta oficina con respecto a mis acusaciones. Tras la emisión, por el presente acuerdo en que tales cartas de protección no pueden ser revocadas o modificadas sin el consentimiento expreso y por escrito de esta oficina.

Autorizo a esta oficina a divulgar cualquier información con respecto a mi tratamiento o pertinente a mi caso (s) a todos los contribuyentes como los definidos anteriormente para facilitar la recogida bajo este trabajo. Asimismo, autorizo y dirigir todos los pagadores a comunicar a la Oficina toda la información relacionada con cualquier cobertura o los beneficios que pueda tener, incluyendo, pero no limitado a, el monto de la cobertura, la cantidad pagada hasta la fecha y el importe de los créditos impagados. Por la presente, dirijo esta oficina presentar una copia de esta tarea, junto con cualquier cargo aplicable, con cualquier o todos los contribuyentes, independientemente de si una demanda se ha establecido con dicha contribuyentes. Por la presente autorizo Apex Physical Medicine avalar / firmar mi nombre en cualquier y todos los cheques me nombren como beneficiario, que se presentan a esta oficina para el pago de cualquier cuenta en relación a mí, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes

**Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de los montos totales pendientes** Apex Physical Medicine para dichos servicios. Si interrumpo el tratamiento en contra de la opinión médica / consejo de mi médico tratante, el saldo de los cargos por servicios prestados será exigible y pagadero inmediatamente. Si la oficina tiene que realizar ninguna acción para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, Yo seré responsable por el pago y el reembolso de **Apex Physical Medicine** todos los costos de los esfuerzos de recolección de este tipo, incluyendo, pero no limitado a, todos los gastos judiciales y honorarios de abogados.

**Esta asignación no podrá ser modificado o revocada sin el consentimiento mutuo por escrito de Apex Physical Medicine y yo.** Revoco cualquier autorización previamente firmados, ya sea ejecutado en esta oficina o cualquier otro cargo en la medida en que los términos de las autorizaciones de los conflictos con los términos de esta asignación.

**Con mi firma hago constar que he leído y entendido el contrato de referencia.**

Nombre del Paciente (imprimido) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Gerente de Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_