

Patient Registration / Registro del paciente

Please answer all applicable questions, leave blank if not applicable.  
(Por favor, responda todas las preguntas que correspondan, deje en blanco si no aplica.)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

DOB (Fecha De Nacimiento): \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

Gender/Género (Circle Answer / Porfavor circule): Male (Hombre) or Female( Mujer)

Email (Correo electrónico) : \_\_\_\_\_

Address (Dirección Actual) : \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip (Código Postal): \_\_\_\_\_

Phone # (Teléfono) : \_\_\_\_\_

Marital Status/Estafo Marital (please circle /porfavor circule):

Single(Soltero) Married(Casado) Separated(separado) Divorced(Divorciado) Widowed(Viudo)

Emergency Contact Name (Nombre del contacto de emergencia): \_\_\_\_\_

Relation (Relación): \_\_\_\_\_ Phone # (Teléfono): \_\_\_\_\_

Who is your current employer/(¿Para quien trabaja usted en este momento?):

\_\_\_\_\_

Have you lost any time from work?/¿Ha perdido tiempo de trabajo? (Circle Answer/ porfavor circule)  
Yes(Sí) No(No)

Do you need a note for work?/¿Necesita una nota para su trabajo?(Circle Answer/ porfavor circule)  
Yes(Sí) No(No)

Do you have a Pacemaker or defibrillator? /¿Tiene marcapasos o desfibrilador?  
(Circle Answer/ porfavor circule): Yes(Sí) No(No)

For Females/ Para mujeres (Circle Answer/ porfavor circule):

Are you pregnant? / ¿Está embarazada? Yes(Sí) No(No)

Do you take birth control pills? / ¿Toma píldoras anticonceptivas? Yes(Sí) No(No)

Date of accident (Fecha del accidente/incidente): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM-DD-YYYY)

Did you go to Hospital/ER for your accident? / ¿Fue al hospital/sala de emergencias por su accidente?  
(Circle Answer/ porfavor circule) Yes(Sí) No(No)

Please list NAME of Hospital or ER / (Por favor, enumere el nombre del hospital o sala de emergencias):

\_\_\_\_\_

If you went at a later date than accident/  
Si fue en una fecha posterior al accidente (MM-DD-YYYY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

How did you get to the hospital? / ¿Cómo llegó al hospital? \_\_\_\_\_

**Did you receive any of these tests? / ¿Recibió alguno de estos exámenes?**

MRI (RM) CT Scan ( Tomografía) X-ray (Radiografía) Ultrasound (Ultrasonido)

**Accident/Incident Type (Tipo de accidente/incidente) (Circle Answer/ porfavor circule):**

18 wheeler (Camión de 18 ruedas)	Head-on collision (Colisión frontal)	Side impact accident( accidente de impacto lateral)
Rear-ended Accident (Accidente por alcance)		Slip & Fall ( Resbalón y caída)

**Which side was impacted? (¿Qué lado fue impactado?)**

Left side impact (Impacto en el lado izquierdo)	Right side impact(Impacto en el lado derecho)
---	---

**Was there a police report filed?(¿Se presentó un informe policial?) (Circle Answer/ porfavor circule)**

Yes(Sí) No(No)

**Were you wearing a seat belt?(¿Estaba usando el cinturón de seguridad?(Circle Answer/ porfavor circule):**

Yes(Sí) No(No)

**Was airbag deployed?(¿Se desplegó el airbag?(Circle Answer/ porfavor circule) Yes(Sí) No(No)**

**Your role was / Su rol fue (Circle Answer/ porfavor circule)**

Driver of Vehicle(Conductor del vehículo)

Driver of motorcycle (Conductor de motocicleta)

Front seat passenger (Pasajero en el asiento delantero) Back seat passenger (Pasajero en el asiento trasero)

**Place of Incident (if slip & fall)/ Lugar del incidente (si fue un resbalón y caída): \_\_\_\_\_**

**Did you report the Incident? if slip & fall/ ¿Reportó el incidente?si fue un resbalón y caída**

(Circle Answer/ porfavor circule): Yes(Sí) No(No) If yes, to whom? / (Si sí, ¿a quién?): \_\_\_\_\_

**Are you experiencing any of the following since your injury? /**

**¿Está experimentando alguno de los siguientes síntomas desde su lesión?**

**(Circle all that apply/ Marque todos los que apliquen):**

Anxiety / Ansiedad	Ankle/Foot Pain Dolor en el tobillo/pie	Blurry vision / Visión borrosa	Breathing Problems / Problemas para respirar
Chest Pain / Dolor en el pecho	Dizziness / Mareos	Elbow Pain / Dolor en el codo	Fatigue / Fatiga
Hip Pain / Dolor en la cadera	Headaches / Dolores de cabeza	Knee Pain / Dolor en la rodilla	Low Back Pain / Dolor en la parte baja de la espalda
Memory lapses / Pérdida de memoria	Mid Back Pain / Dolor en la espalda media	Neck Pain / Dolor en el cuello	Numbness/Tingling to Arm/Hand / Entumecimiento/Adormecimiento en el brazo/mano
Numbness/Tingling to Leg/Foot / Entumecimiento/Adormecimiento en la pierna/pie	Shoulder Pain / Dolor en el hombro	Upper Back Pain / Dolor en la parte superior de la espalda	Wrist/Hand Pain / Dolor en la muñeca/mano

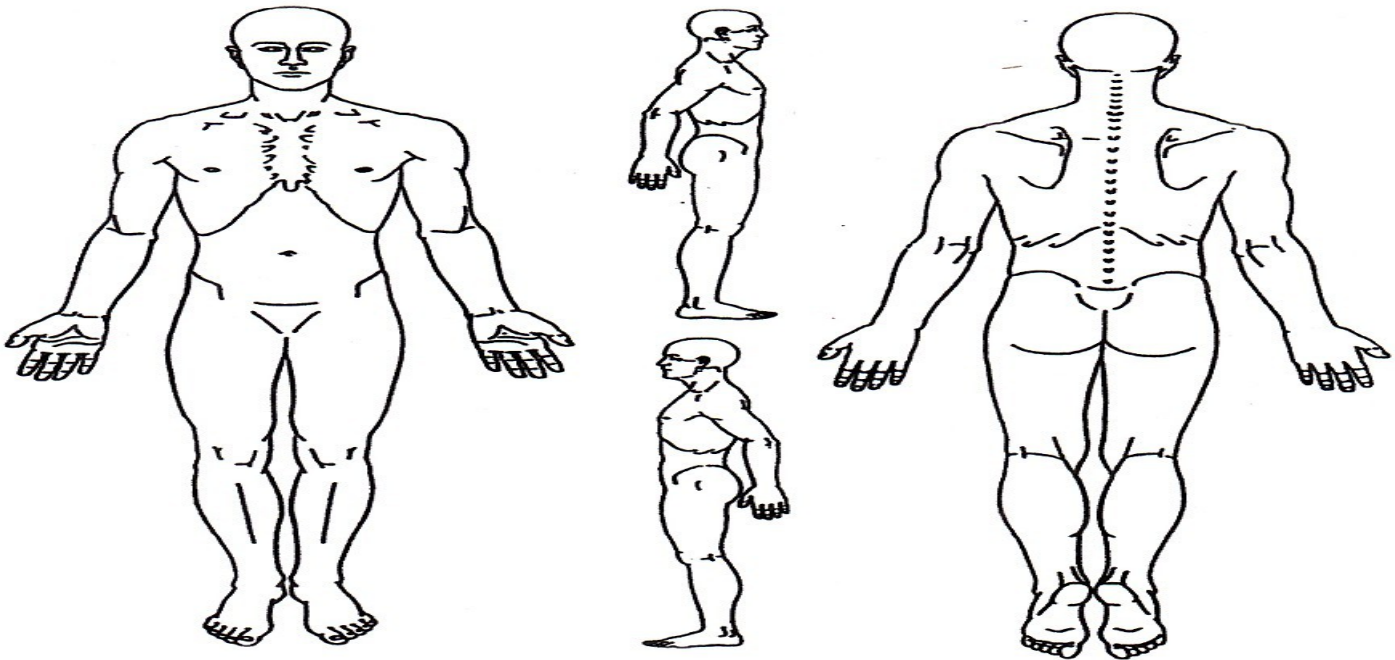
Indicate on the diagrams below the locations on body and circle type of sensations you have been experiencing.

Indique en los diagramas a continuación las ubicaciones en el cuerpo y marque el tipo de sensación que ha estado experimentando.

(Circle all that apply/ Marque todos los que apliquen):

Ache / Dolor	Burning / Ardor	Cramping / Calambres	Dull / Sordo	Numbness / Entumecimiento
Sharp / Agudo	Shooting / Agudo	Spasm / Espasmo	Soreness / Dolor	Stiff / Rigidez
Stinging / Escozor	Throbbing / Pulsátil	Tingling / Hormigueo	OTHER/Otro:	

Indicate (X) on diagram the pain location / Indique (X o marque) en el diagrama la ubicación del dolor:  
[Diagram/Diagrama]



I UNDERSTAND and AGREE to authorize Dr. Miller and his employees to administer any examination procedures and treatments as they deem necessary.

ENTIENDO y ACEPTO autorizar al Dr. Miller y a sus empleados a administrar cualquier procedimiento de examen y tratamiento que consideren necesario.

Signature / Firma \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES  
RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

I understand and can be provided with a copy HIPAA Notice of Patient Privacy Policy that provides a more complete description of information uses and disclosures.

Entiendo que se me puede proporcionar una copia del Aviso de Privacidad de HIPAA que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información.

**Our Responsibilities / Nuestras responsabilidades**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.  
*/Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.*
- We will use or disclose health information to carry out treatment, payment, or health care options.  
*/ Usaremos o divulgaremos la información de salud para llevar a cabo tratamiento, pago u opciones de atención médica.*
- We will let you know promptly if a breach occurs. / *Le informaremos rápidamente si se produce una violación.*
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it upon request. / *Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de este aviso si lo solicita.*
- We will not use or share your health information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.  
*/No usaremos ni compartiremos su información de salud salvo lo descrito aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.*

---

**Patients Signature / Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha** \_\_\_\_\_

**Parent or guardian Signature / Firma del padre** \_\_\_\_\_

---

**Parental/Guardian Consent for Minor Patient / Consentimiento del tutor para un paciente menor de edad**

**Minor Patient Name/ Nombre del paciente menor:** \_\_\_\_\_

**Name of Child/ Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Name of Parent/Guardian / Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Parent or guardian Signature / Firma del padre o tutor** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_

In addition, by signing below, I give permission for the above named minor patient to be managed by the doctor(s) at Miller Chiropractic and whoever they designate as assistants to administer care to the child.

Además, al firmar a continuación, doy permiso para que el paciente menor mencionado anteriormente sea atendido por los doctores de Miller Chiropractic y por cualquier asistente que designen para administrar atención al niño.

**Name of Child/ Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Name of Parent/ Nombre del padre:** \_\_\_\_\_

**Parent or guardian Signature / Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_

---

## Informed Consent / Consentimiento Informado

We encourage and support a shared decision-making process between us regarding your health needs. As a part of that process, you have a right to be informed about the condition of your health and the recommended care and treatment to be provided to you so that you can make the decision whether or not to undergo such care with full knowledge of the known risks. This information is intended to make you better informed in order that you can knowledgeably give or withhold your consent. Fomentamos y apoyamos un proceso de toma de decisiones compartidas entre nosotros con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso, tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y los cuidados y tratamientos recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no a dichos cuidados con pleno conocimiento de los riesgos conocidos. Esta información tiene como objetivo informarlo mejor para que pueda dar o no su consentimiento de manera consciente.

Chiropractic is based on the science which concerns itself with the relationship between structures (primarily the spine) and function (primarily of the nervous system) and how this relationship can affect the restoration and preservation of health. La quiropráctica se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna vertebral) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

Adjustments are made by chiropractors in order to correct or reduce spinal and extremity joint subluxations. Vertebral subluxation is a disturbance to the nervous system and is a condition where one or more vertebrae in the spine are misaligned and/or do not move properly causing interference and/or irritation to the nervous system. The primary goal in chiropractic care is the removal and/or reduction of nerve interference caused by vertebral subluxation.

Los ajustes son realizados por los quiroprácticos para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna vertebral y de los miembros. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una condición en la que una o más vértebras de la columna están desalineadas y/o no se mueven correctamente, causando interferencia y/o irritación al sistema nervioso. El objetivo principal del cuidado quiropráctico es la eliminación y/o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

A chiropractic examination will be performed which may include spinal and physical examination, orthopedic and neurological testing, palpation, specialized instrumentation.

Se realizará un examen quiropráctico que puede incluir un examen espinal y físico, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación e instrumentación especializada.

The chiropractic adjustment is the application of a precise movement and/or force into the spine in order to reduce or correct vertebral subluxation(s). There are a number of different methods or techniques by which the chiropractic adjustment is delivered but are typically delivered by hand. Some may require the use of an instrument or other specialized equipment. Among other things, chiropractic care may reduce pain, increase mobility and improve quality of life.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento y/o fuerza precisa en la columna vertebral para reducir o corregir la(s) subluxación(es) vertebral(es). Existen varios métodos o técnicas por los cuales se entrega el ajuste quiropráctico, pero generalmente se realiza manualmente. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado. Entre otras cosas, el cuidado quiropráctico puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida.

In addition to the benefits of chiropractic care and treatment, one should also be aware of the existence of some risks and limitations of this care. The risks are seldom high enough to contraindicate care and all healthcare procedures have some risk associated with them. Risks associated with some chiropractic treatments may include soreness, musculoskeletal sprain/strain, and fracture. In addition, there are reported cases of stroke associated with visits to medical doctors and chiropractors. Research and scientific evidence does not establish a cause and effect relationship between chiropractic treatment and the occurrence of stroke; rather, recent studies indicate that patients may be consulting medical doctors and chiropractors when they are in the early stages of a stroke. In essence, there is a stroke already in process. However, you are being informed of this reported association because a stroke may cause serious neurological impairment.

Además de los beneficios del cuidado y tratamiento quiropráctico, también debe estar al tanto de la existencia de algunos riesgos y limitaciones asociados con este cuidado. Los riesgos rara vez son lo suficientemente altos como para contraindicar el tratamiento, y todos los procedimientos de atención médica tienen algún riesgo asociado. Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor, esguinces/distensiones musculoesqueléticas y fracturas. Además, existen casos reportados de accidentes cerebrovasculares (ACV) asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. La investigación y la evidencia científica no han establecido una relación causal entre el tratamiento quiropráctico y la ocurrencia de un ACV; más

bien, estudios recientes indican que los pacientes pueden consultar a médicos y quiroprácticos cuando ya se encuentran en las primeras etapas de un ACV. En esencia, el ACV ya está en proceso. Sin embargo, se le informa de esta asociación reportada porque un ACV puede causar un daño neurológico grave.

I have been informed of the nature and purpose of chiropractic care, the possible consequences of care, and the risks of care, including the risk that the care may not accomplish the desired objective. Reasonable alternative treatments have been explained, including the risks, consequences and probable effectiveness of each. I have been advised of the possible consequences if no care is received. I acknowledge that no guarantees have been made to me concerning the results of the care and treatment.

Se me ha informado sobre la naturaleza y propósito del cuidado quiropráctico, las posibles consecuencias del tratamiento y los riesgos asociados, incluido el riesgo de que el tratamiento no logre el objetivo deseado. Se me han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, consecuencias y efectividad probable de cada uno. Se me ha informado sobre las posibles consecuencias de no recibir tratamiento. Reconozco que no

*I HAVE READ THE ABOVE PARAGRAPH. I UNDERSTAND THE INFORMATION PROVIDED. ALL QUESTIONS I HAVE ABOUT THIS INFORMATION HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION. HAVING THIS KNOWLEDGE, I KNOWINGLY AUTHORIZE THE Doctors (Dr. Kent Miller) at Miller Chiropractic TO PROCEED WITH CHIROPRACTIC CARE AND TREATMENT.*

*HE LEÍDO EL PÁRRAFO ANTERIOR. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN. AL TENER ESTE CONOCIMIENTO, AUTORIZO CONSCIENTEMENTE A LOS DOCENTES (Dr. Kent Miller) DE MILLER CHIROPRACTIC A PROCEDER CON EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA.*

---

**Patients Signature/ Firma del paciente**

**Date / Fecha**