

**Vander Weit Chiropractic Wellness Center**  
**314 W. Rollins Rd. Ste A Round Lake Beach, IL. 60073**  
**Ph: 847-546-4220 Fax #: 847-546-4262**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ # RM \_\_\_\_\_

Numero de Celular \_\_\_\_\_ Direccion de correo elec.( e-mail) \_\_\_\_\_

Numero de licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Quien te referio a nuestra oficina \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, porfavor contacten a ( incluya # de tel.): \_\_\_\_\_

Esta viendo a otro doctor ( Si, porfavor explique para que) \_\_\_\_\_

Porfavor ponga el nombre y locacion (Ciudad y Estado) y los medicamentos que esta tomando ahora: \_\_\_\_\_

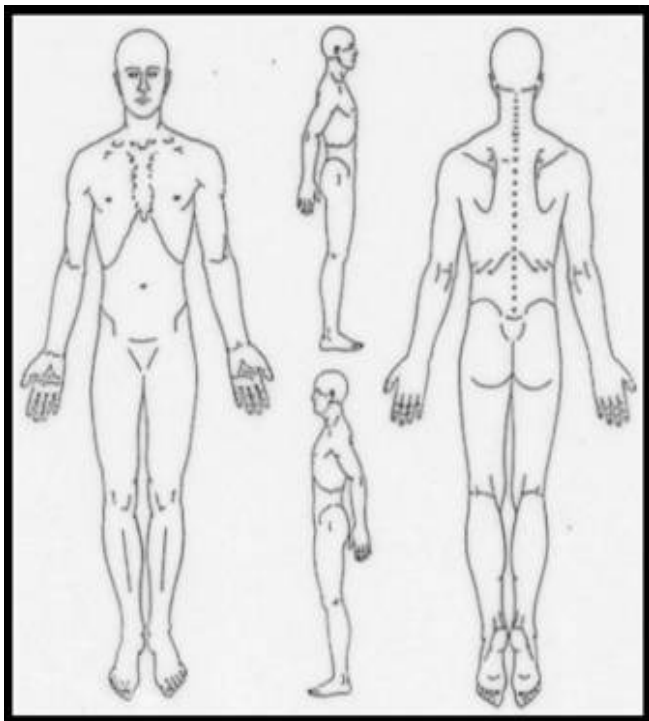
Usted le da al Dr. Vander Weit autorizacion para darle cualquier informacion de sus diagnosticos a su doctor general  
Si es que los llegara a pedir? SI NO

Nombre de la persona responsable por los pagos, si hay alguno ( y si es diferente al aplicante) \_\_\_\_\_

Le gustaria usar su aseguranza? SI NO Ya cumplio con su deducible? SI NO

Nombre de la aseguranza ( si aplica) \_\_\_\_\_

**PORFAVOR CHEQUE LAS CAJAS CON**



- \_\_\_ 1. Dolor de cabeza
- \_\_\_ 2. Mareos
- \_\_\_ 3. Dolor de cuello
- \_\_\_ 4. Cuello tenso
- \_\_\_ 5. Dolor en la espalda alta
- \_\_\_ 6. Dolor de hombros
- \_\_\_ 7. Dolor de manos o brazos
- \_\_\_ 8. Hormigeo o entumecimiento
- \_\_\_ 9. Dolor en la espalda media
- \_\_\_ 10. Dolor en la espalda baja
- \_\_\_ 11. Dolor de caderas o gluteos
- \_\_\_ 12. Dolor de piernas o pies
- \_\_\_ 13. Sumbido en los oidos
- \_\_\_ 14. Sinucitis
- \_\_\_ 15. Problemas de la vision
- \_\_\_ 16. Alergias
- \_\_\_ 17. Dolor de pecho
- \_\_\_ 18. Dificultad al respirar
- \_\_\_ 19. Urinacion frecuente
- \_\_\_ 20. Problemas de la prostate
- \_\_\_ 21. Arthritis
- \_\_\_ 22. Inflamacion de los nervios( bursitis)
- \_\_\_ 23. Derrame cerebral

**LOS SINTOMAS QUE AHORITA ESTA TENIENDO**

Yo autorizo a Vander Weit Chiropractic Wellness Center que me examine, incluyendo rayos-x si son necesarios para una examinacion completa. Y autorizo Que si mi doctor general pide mis diagnosticos siempre y cuando manden una peticion, sean autorizados. Tambien le doy mi autorizacion para que se me aga cualquier tratamiento basado en los resultados de mi examen una vez concluido. Quiero que todos mis resultados al igual que mi archivo sea confidencial y no darsele a nadie al menos que yo lo autorize en escrito. Yo autorizo e l pago directo a la compania de mi aseguranza para el doctor y entiendo claramente que yo soy responsable por cualquier pago que mi aseguranza les niege, O que me llegen a mi. Cuotas del primer dia deveran ser pagodas al momento del servicio.

**AL FIRMAR ABAJO USTED CERTIFICA SUS CONDICIONES MEDICAS O EL HISTORIAL DE SU ACCIDENTE. Y ENTIENDE QUE SU PRESENCIA A VANDER WEIT CHIROPRACTIC WELLNESS CENTER ES PARA UNA EVALUACION Y TRATAMIENTO COMPLETO Y PARA LAS CONDICIONES INDICADAS ARRIBA, NO PARA OTRO PROPOSITO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del guardian autorizando el tratamiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

# VANDER WEIT CHIROPRACTIC WELLNESS CENTER

314 W. ROLLINS RD., STE. A

ROUND LAKE BEACH, IL 60073

847-546-4220

Dr. Daniel M. Vander Weit

---

## Consentimiento del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ #RM \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Seguro  
social: \_\_\_\_\_

Yo le doy mi consentimiento para que se lleven acabo los procedimientos y ajustamientos de la chiropractia en mi, ( O en el paciente nombrado arriba por el qual yo me hago legalmente responsable.) El Dr. Dan Vander Weit y su equipo asignado seran los que ahora y en el futuro me atenderan en esta oficina.

Yo entiendo y ahora estoy informado que asi como en la practica de medicina, la practica de la chiropractia hay siertos riesgos, incluyendo fracturas, dislocaciones y condiciones que puedan agravar mi condicion. yo entiendo que voy a tener la oportunidad de hablar con el doctor y con su equipo de personal, el proposito de querer recibir los cuidados.

Yo entiendo que el doctor hara una serie de exámenes para minimizar cualquier riesgo. No espero que el doctor sepa con anticipo los riesgos y complicaciones que puedan ocurrir y por eso confio en el doctor y en su equipo que tendran su mayor interes en el curso de mi tratamiento.

Yo he leído o se me fue explicado este consentimiento. Tambien tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este, y al firmar abajo, accedo a los procedimientos y intento con este consentimiento cubrir todo el curso de mi tratamiento de mis condiciones presentes y de alguna otra condicion que se presente en un futuro de la cual me puedan asistir.

\_\_\_\_\_  
(SELLO)  
Firma del paciente o Padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**VANDER WEIT CHIROPRACTIC WELLNESS CENTER**  
**314 W. Rollins Rd. Ste A**  
**Round Lake Beach, IL. 60073**  
**Ph: 847-546-4220 Fax: 847-546-4262**

**Formulario de autorizacion de atencion a la salud**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

EL PACIENTE IDENTIFICADO ARRIBA AUTORIZA A Vander Weit chiropractic Wellness center A USAR LA INFORMACION OBTENIDA PARA LO SIGUIENTE:

**AUTORIZACIONES ESPECIFICAS**

Yo le doy permiso a **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** a usar mi direccion, numero de telefono, informacion medica para que me contacten con tarjetas de cumpleaños, dias festivos y informacion con alternativas para mejorar mi condicion.

Yo le doy permiso a **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** a usar mi nombre o mi foto En la oficina para el buletin de fotos, cumpleaños, libreta de testimonios, el buletin de referencias. O otros presentaciones o reconocimientos.

Yo le doy a **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** a atenderme en un cuarto abierto donde A otros pacientes se les esta atendiendo. Se que otras personas en la oficina pueden escuchar sierta Informacion que yo de en el transcurso de mi tratamiento. Se que puedo hablar con el doctor en Privado en cualquier momento, y que el doctor proveera un cuarto para estas conversaciones

Yo le doy a **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** permiso de hacer llamadas a mi casa Dejar mensajes en la maquina de mensajes o a la persona que conteste el telefono dejarles saber de mi Tratamiento o para recordarme mis citas.

Al firmar este formulario usted le da a **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** permiso de usar su informacion de conformidad con las directivas anteriores.

**DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACION**

Usted tiene el derecho a revocar esta AUTORIZACION, en escrito en cualquier momento. No sera efectiva a medida que ya le hayamos proveido con nuestros servicios.

Usted puede revocar esta AUTORIZACION al mandar una carta al oficial de la intimidad de Vander Weit Chiropractic Wellness Center la notificacion por escrito de vera contener la siguiente informacion:

Su nombre, Seguro social y fecha de nacimiento, es suficiente en el intento a revocar esta AUTORIZACION; la fecha de su solicitud; y su firma.

**La revocacion no sera efectiva asta que sea recibida por el oficial de la privacidad.**

Esta AUTORIZACION es requerida por Vander Weit Chiropractic Wellness Center para uso propio/dibulgacion de informacion medica privada ( normas minimas seran necesarias)

Usted tiene el derecho a NO firmar esta AUTORIZACION. Si usted se reusa a no firmar esta, **Vander Weit Chiropractic Wellness Center** no se reusara a proveerle tratamiento. Usted tiene el derecho de inspeccionar o a pedir una copia de la informacion medica privada. \*Se le proveera una copia de esta AUTORIZACION si la necesita.\*\*

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha