

INSPIRA EL PERFIL DE SALUD DE LA QUIROPRÁCTICA

Nombre _____ Fecha ___/___/_____ Edad _____ Masculino/feminine

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: Cell _____ Casa _____ Proveedor de Celular _____

Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento ___/___/_____

Occupation _____ Empleador _____

Soltera(o) Casada(o) Divorciada (o)/ Viuda (o) Nombre de Esposa(o) _____

Número de Hijos _____

Nombres, Edades, Género _____

¿A quien le podemos dar las gracias por el referido?



LISTA DE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD



Problemas de salud:
Lista según la gravedad

Tasa de severidad
1: leve
10: insoportable

Cuando le comenzó?
¿el comienzo de este episodio?

¿Si tuvieras la condición antes, cuándo fue la última vez?

¿El problema Comenzó por alguna una razón?

¿Son síntomas Constants o intermitente?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿HAS VISTO A OTROS MÉDICOS PARA ESTAS CONDICIONES? SÍ / NO

Quiropráctico? _____ Médico? _____ otros? _____

¿QUIÉN Y CUÁNDO?

Circule Todos los problemas actuales que tenga:

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|------------------------|
| MAREO | DOLOR DE HOMBRO | LUPUS | MANOS | |
| PROBLEMAS DE GARGANTA | EPILEPSIA | INFERTILIDAD | ENTUMECIMIENTO EN | TRASTORNOS DEL CORAZÓN |
| PROBLEMAS DE RÍÑÓN | VÉRTIGO | NÁUSEAS | PIES | DOLOR EN LA CADERA |
| ENFERMEDAD DEL HÍGADO | ASMA | ENTUMECIMIENTO EN LOS BRAZOS | DOLOR EN EL PECHO | ADD/ADHD |
| NERVIOSISMO | SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE | ENTUMECIMIENTO EN LAS PIERNAS | DOLOR DE CUELLO | ANSIEDAD TRASTORNOS |
| DOLORES DE CABEZA | FATIGA CRÓNICA | FIBROMIALGIA | TRASTORNO MENSTRUAL | ESTOMACALES |
| PROBLEMAS DE LA TIROIDES | PROBLEMA DE DISCO | REFLUJO GÁSTRICO | DOLOR DE ESPALDA | DOLORES DE PIERNA |
| DOLOR DE ESPALDA MEDIO | INFECCIONES DEL OÍDO | ATM | DOLOR DE BRAZO | SINUSITIS CRÓNICA |
| | ÚLCERAS | ENTUMECIMIENTO EN LAS | MIGRAÑAS | PROBLEMAS DE LA VEJIGA |
| | CIÁTICA | | | |

Otro _____

DOLOR DE RODILLA

➤ *Circulo Cualquier condición que ahora Uene ha tenido:*

| | |
|---------------------------------|--|
| ACCIDENTE | COLUMNA |
| CEREBROVASCULAR | VERTEBRAL |
| CÁNCER ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | CONVULSIONES FRACTURA DE HUESO ESPINAL |
| CIRUGÍA DE | ESCOLIOSIS DIABETES |

LISTA DE TODAS LAS OPERACIONES Y SUS FECHAS

LISTA DE TODOS SUS MEDICAMIENTOS

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO ACCIDENTE DE AUTO? _____

¿HA TENIDO TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO ANTERIORMENTE? SÍ / NO
Si, NOMBRE DEL DR. & FECHA _____

¿USTED HA PERDIDO LA CONCIENCIA?
FRACTURADO UN HUESO? SÍ / NO

Si este perfil de salud es para un niño menor de edad, por favor, llene y firme
abajo **Consentimiento'para'niño**
NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA PRÁCTICA QUE ES MENOR DE EDAD/NIÑO

**AUTORIZO A DR. ANDREW NOLT Y CUALQUIERA Y PERSONAL DE INSPIRA
QUIROPRÁCTICO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO,
EVALUACIONES RADIOGRÁFICAS, PROCESAMIENTO QUIROPRÁCTICA
ATENCIÓN Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRÁCTICOS, A MI NIÑO MENOR DE
EDAD**

**A PARTIR DE ESTA FECHA, TENGO EL DERECHO LEGAL PARA SELECCIONAR Y
AUTORIZAR SERVICIOS DE SALUD DE MI NIÑO MENOR DE EDAD. SI MI
AUTORIDAD PARA SELECCIONAR Y AUTORIZAR CUIDADO ES REVOCADO O
MODIFICADO, INMEDIATAMENTE NOTIFICARÁ INSPIRAR QUIROPRÁCTICA.**

FIRMA DEL GUARDIAN

FECHA

RELACIÓN DEL GUARDIA AL MENOR Testigo

INSPIRE
CHIROPRACTIC

AUTORIZACIÓN DE RAYOS X

COMO SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, ESTAMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE LOS REGISTROS DE LA QUIROPRÁCTICA. DEBEMOS MANTENER UN REGISTRO DE SUS RADIOGRAFÍAS EN NUESTROS ARCHIVOS. EN SU PETICIÓN, LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DE SUS RADIOGRAFÍAS EN NUESTROS ARCHIVOS. **EL COSTO DE COPIAR SUS RAYOS X EN UN DISCO ES \$15,00 ESTA CUOTA DEBERÁ PAGARSE POR ADELANTADO.**

RAYOS X DIGITAL EN CD ESTARÁ DISPONIBLE DENTRO DE LAS 72 HORAS DE PREPAGO EN CUALQUIER DIA EN QUE LA PRÁCTICA ESTÉ ABIERTA.

Nota: Rayos x se utiliza en esta oficina para ayudar a localizar y analizar **SUBLUXATIONS vertebrales**. ESTAS RADIOGRAFÍAS NO SE UTILIZAN PARA INVESTIGAR PATOLOGÍA MÉDICA. Inspiran a los doctores en quiropráctica no diagnosticar o tratar condiciones médicas; SIN EMBARGO, SI DETECTA CUALQUIER ANOMALÍA, LE TRAEMOS A SU ATENCIÓN ASÍ QUE USTED PUEDE BUSCAR ASESORAMIENTO MÉDICO APROPIADO. **AL FIRMAR ABAJO USTED ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.**

Escriba su nombre aquí

Fecha

Firma

edad

Pacientes femeninos solamente: A lo mejor de mi conocimiento creo **NO que estoy embarazada**. A LA HORA DE LOS RAYOS X NO ESTOY EMBARAZADA EN LA REHABILITACIÓN QUIROPRÁCTICA.

Firma

Fecha

No escriba debajo de esta línea • No escriba debajo de esta línea • No escriba debajo de esta línea

Sex: M F

| <input type="checkbox"/> Lat Cervical <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-11</td> <td><input type="checkbox"/> 80</td> <td><input type="checkbox"/> 1/24</td> <td>10.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-13</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1/20</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14-15</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1/15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16-17</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>40</td> </tr> </table> MA 150S Size 8x10 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 10-11 | <input type="checkbox"/> 80 | <input type="checkbox"/> 1/24 | 10.5 | <input type="checkbox"/> 12-13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/20 | 15 | <input type="checkbox"/> 14-15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | <input type="checkbox"/> 16-17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/10 | 30 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 40 | <input type="checkbox"/> Flex/Ext <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09-10</td> <td><input type="checkbox"/> 71</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>7.50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11-12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13-14</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3/20</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15-16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17-18</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> MA 150S Size 8x10 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 09-10 | <input type="checkbox"/> 71 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 7.50 | <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | <input type="checkbox"/> 15-16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | <input type="checkbox"/> 17-18 | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Lower Cervical <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-13</td> <td><input type="checkbox"/> 76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>10.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14-15</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16-17</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3/20</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18-19</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20-21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> MA 150S Size 8x10 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 12-13 | <input type="checkbox"/> 76 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 10.5 | <input type="checkbox"/> 14-15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | <input type="checkbox"/> 16-17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | <input type="checkbox"/> 18-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | <input type="checkbox"/> 20-21 | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Lateral Thoracic <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 22-23</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 24-25</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 26-27</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 28-29</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30-31</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 32-33</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 3/10</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 34-35</td> <td>79</td> <td><input type="checkbox"/> 2/5</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 36-37</td> <td>82</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td>150</td> </tr> </table> MA 200 Size 14x17 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 22-23 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | <input type="checkbox"/> 24-25 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 20 | <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 20 | <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 20 | <input type="checkbox"/> 30-31 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 30 | <input type="checkbox"/> 32-33 | 76 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 90 | <input type="checkbox"/> 34-35 | 79 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 120 | <input type="checkbox"/> 36-37 | 82 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 150 | <input type="checkbox"/> A-P Thoracic <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16-17</td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/> 1/20</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18-19</td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/> 1/15</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20-21</td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 22-23</td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 24-25</td> <td>74</td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 26-27</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 28-29</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 3/10</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30-31</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 2/5</td> <td>18</td> </tr> </table> MA 200 Size 14x17 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 16-17 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/20 | 6 | <input type="checkbox"/> 18-19 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 7 | <input type="checkbox"/> 20-21 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 9 | <input type="checkbox"/> 22-23 | 72 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 10 | <input type="checkbox"/> 24-25 | 74 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 10 | <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 12 | <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 15 | <input type="checkbox"/> 30-31 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 18 |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------|------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----|--------------------------------|-------------------------------|----|---|---|---|------|-----|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----|---|-----|--------------------------------|------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|-----|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----|--|----|--------------------------------|------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|-----|----------------------------|-----|--------------------------------|----|--------------------------------|-----|--------------------------------|----|-------------------------------|---|--------------------------------|----|-------------------------------|---|--------------------------------|----|-------------------------------|----|--------------------------------|----|-------------------------------|----|--------------------------------|----|------------------------------|----|--------------------------------|----|-------------------------------|----|--------------------------------|----|------------------------------|----|
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10-11 | <input type="checkbox"/> 80 | <input type="checkbox"/> 1/24 | 10.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12-13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/20 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 14-15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 16-17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1/10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 09-10 | <input type="checkbox"/> 71 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 7.50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 15-16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 17-18 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12-13 | <input type="checkbox"/> 76 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 10.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 14-15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 16-17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 18-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 20-21 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 22-23 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 24-25 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30-31 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 32-33 | 76 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 34-35 | 79 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 36-37 | 82 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 16-17 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/20 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 18-19 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 20-21 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 22-23 | 72 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 24-25 | 74 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30-31 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> APOM <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09-10</td> <td><input type="checkbox"/> 71</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>7.50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11-12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13-14</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3/20</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15-16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17-18</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> MA 150S Size 8x10 | | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 09-10 | <input type="checkbox"/> 71 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 7.50 | <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | <input type="checkbox"/> 15-16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | <input type="checkbox"/> 17-18 | <input type="checkbox"/> | | | Other View _____ CM _____ Kvp _____ MAS _____ MA _____ Size _____ | <input type="checkbox"/> Lateral Lumbar <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 26-27</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>49.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 28-29</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30-31</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 3/10</td> <td>64.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 32-33</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 2/5</td> <td>76.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 34-35</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td>108</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 36-37</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 3/5</td> <td>141</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 38-39</td> <td>82</td> <td><input type="checkbox"/> 4/5</td> <td>160.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 40-41</td> <td>85</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 42-43</td> <td>87</td> <td><input type="checkbox"/> 1 1/2</td> <td>195</td> </tr> </table> MA 300 Size 14x17 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 26-27 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 49.5 | <input type="checkbox"/> 28-29 | 80 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 54 | <input type="checkbox"/> 30-31 | 80 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 64.5 | <input type="checkbox"/> 32-33 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 76.5 | <input type="checkbox"/> 34-35 | 80 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 108 | <input type="checkbox"/> 36-37 | 80 | <input type="checkbox"/> 3/5 | 141 | <input type="checkbox"/> 38-39 | 82 | <input type="checkbox"/> 4/5 | 160.5 | <input type="checkbox"/> 40-41 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 | 180 | <input type="checkbox"/> 42-43 | 87 | <input type="checkbox"/> 1 1/2 | 195 | <input type="checkbox"/> A-P Lumbar <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CM</th> <th>Kvp</th> <th>Time</th> <th>MAS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20-21</td> <td>71</td> <td><input type="checkbox"/> 1/15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 22-23</td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/> 1/10</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 24-25</td> <td>74</td> <td><input type="checkbox"/> 2/15</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 26-27</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 2/10</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 28-29</td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30-31</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/> 3/10</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 32-33</td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/> 2/5</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 34-35</td> <td>83</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 36-37</td> <td>85</td> <td><input type="checkbox"/> 3/5</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 38-39</td> <td>85</td> <td><input type="checkbox"/> 4/5</td> <td>118</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 40-41</td> <td>85</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 42-43</td> <td>85</td> <td><input type="checkbox"/> 1 1/2</td> <td>160</td> </tr> </table> MA 200 Size 14x17 | CM | Kvp | Time | MAS | <input type="checkbox"/> 20-21 | 71 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | <input type="checkbox"/> 22-23 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 29 | <input type="checkbox"/> 24-25 | 74 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 35 | <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 36 | <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 59 | <input type="checkbox"/> 30-31 | 77 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 74 | <input type="checkbox"/> 32-33 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 82 | <input type="checkbox"/> 34-35 | 83 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 90 | <input type="checkbox"/> 36-37 | 85 | <input type="checkbox"/> 3/5 | 102 | <input type="checkbox"/> 38-39 | 85 | <input type="checkbox"/> 4/5 | 118 | <input type="checkbox"/> 40-41 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 | 150 | <input type="checkbox"/> 42-43 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 1/2 | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 09-10 | <input type="checkbox"/> 71 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 7.50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/15 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3/20 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 15-16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2/10 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 17-18 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 26-27 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 49.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 28-29 | 80 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30-31 | 80 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 64.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 32-33 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 76.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 34-35 | 80 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 108 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 36-37 | 80 | <input type="checkbox"/> 3/5 | 141 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 38-39 | 82 | <input type="checkbox"/> 4/5 | 160.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 40-41 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 42-43 | 87 | <input type="checkbox"/> 1 1/2 | 195 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CM | Kvp | Time | MAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 20-21 | 71 | <input type="checkbox"/> 1/15 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 22-23 | 72 | <input type="checkbox"/> 1/10 | 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 24-25 | 74 | <input type="checkbox"/> 2/15 | 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 26-27 | 76 | <input type="checkbox"/> 2/10 | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 28-29 | 76 | <input type="checkbox"/> 1/4 | 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30-31 | 77 | <input type="checkbox"/> 3/10 | 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 32-33 | 80 | <input type="checkbox"/> 2/5 | 82 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 34-35 | 83 | <input type="checkbox"/> 1/2 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 36-37 | 85 | <input type="checkbox"/> 3/5 | 102 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 38-39 | 85 | <input type="checkbox"/> 4/5 | 118 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 40-41 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 42-43 | 85 | <input type="checkbox"/> 1 1/2 | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Notes: _____

CA Initials:

Información de los miembros de la practica (debe ser completado antes de que los servicios pueden ser prestados)

NOMBRE:

_____ (Primer) (Medio) (Apellido)

TELÉFONO: Casa _____ Cell _____ Work _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ ESTADO DE CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONTACTO en caso de emergencia: _____ Numero de teléfono: _____

NOMBRE DE LA ASEGURANCA PRIMARIA: _____

Nombre del ASEGURADO _____ fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de Seguro Social asegurado _____

NOMBRE DE LA ASEGURADORA SECUNDARIA: _____

Nombre del ASEGURADO _____ fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de Seguro Social asegurado _____

Pólizas y tarifas

- **Consulta** - incluye historia del miembros de la practia. Este servicio es gratuito.
- **Evaluación - (nuevo o establecidas)-** incluye uno o más de los siguientes: termografía, electromiografía de superficie, rango de movimiento, movimiento o palpación estática, chequeo de piernas \$50-\$75.
- **Ajuste quiropráctico** - El reajuste real del instrumento o vértebra hecho a mano. A veces se escucha un sonido, pero si no hay ningún resultado auditivo, no significa que el ajuste no ha tenido lugar \$40-\$60.
- **Rayos x** - Vistas específicas de rayos x tomadas de su columna vertebral para determinar una desalineación/subluxación de la vértebra. Estos pueden utilizarse también para indicar el progreso después de período de atención. \$40 por vista.

Liberación de la autorización/asignación de beneficios

Yo autorizar y solicitare el pago de beneficios del seguro directamente al Dr. Andrew Nolt, DC. Estoy de acuerdo en que esta autorización cubrirá todos los servicios prestados hasta revocar la autorización. Estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede utilizarse en lugar del original. Se cobran todos los servicios profesionales prestados al paciente. Está acostumbrada a pagar por servicios prestados a menos que otros arreglos se han hecho con anticipación.. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta asignación.

Firma _____

Fecha _____

Términos de aceptación

Para proporcionar el ambiente de curación más efectivo, más eicaz aplicación de los procedimientos de la quiropráctica y la más fuerte relación medico paciente, es nuestro deseo de proveer a cada paciente un conjunto de parámetros y de declaraciones que faciliten el objetivo de una salud óptima a través de la quiropráctica. Para ello, le pedimos que usted reconozca lo siguiente con respecto a cuidado de la quiropráctica y los servicios que se ofrecen a través de esta clínica:

- A. La quiropráctica es una ciencia muy específica, autorizada por ley para atender las necesidades y preocupaciones de la salud espinal. La quiropráctica es una ciencia separada y distinta, el arte y la práctica. No es la práctica de la medicina.
- B. Quiropráctico busca maximizar el poder curativo inherente del ser humano mediante la restauración de las funciones nerviosas normales mediante el ajuste de la columna vertebral subluxation(s). Subluxaciones son desviaciones de las estructuras espinales normales y configuraciones que interieren con procesos nerviosos normales.
- C. El proceso de ajuste de quiropráctica, tal como se define en la ley de esta jurisdicción, consiste en la aplicación de un impulso direccional específico a una región o regiones de la columna vertebral con la intención específica de reubicación de segmentos espinales desalineados. Se trata de una caja de seguridad, procedimiento eficaz aplicado más de un millón de veces cada médicos día del chiropractic en los Estados Unidos.
- D. Evaluación y un quiropráctico cuidadoso examen es parte del procedimiento estándar de la quiropráctica. El objetivo de este proceso es identificar cualquier quiropráctico necesidades y problemas de salud espinal. Si durante este proceso, se identifica alguna condición o pregunta al margen de la quiropráctica, usted recibirá una referencia pronta a un proveedor adecuado o especialista, según las indicaciones iniciales de la necesidad de.
- E. Quiropráctico no pretende sustituir o competir con su médico, dental u otro tipo de profesionales de la salud. Conservan la responsabilidad para el cuidado y manejo de condiciones médicas. No ofrecemos asesoramiento con respecto al tratamiento prescrito por otros.
- F. El cumplimiento de los planes de atención, hogar y cuidados personales, etc., es esencial para máxima sanación y salud óptima aunque quiropráctica.
- G. Le invitamos a hablar con franqueza con el médico sobre cualquier asunto relacionado con su atención en este servicio, su naturaleza, duración o costo, en lo que trabajamos para mantener un ambiente de apoyo, abierto.

Por mi firma abajo, he leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas con respecto a objetivos del doctor relativas a mi atención en esta oficina han sido contestadas a mi satisfacción. Por lo tanto acepto el tratamiento quiropráctico sobre esta base.

(Firma)

(Fecha)

Aviso de reconocimiento de las prácticas de privacidad

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi protegida información médica, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usado para:

- 1. Dirigir, planificar mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- 2. Obtener el pago de terceros pagadores.
- 3. Realizar las operaciones normales de salud, tales como certificaciones de médicos y las evaluaciones de calidad.

Reconozco que puedo solicitar su aviso de privacidad prácticas que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. También entiendo que puedo pedir, por escrito, que restringe cómo se utiliza mi información privada para revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operación profesional de la salud. También entiendo no está obligados a aceptar mis pedidas restricciones, pero si está de acuerdo, entonces están obligados a acatar las restricciones.

(Firma)

(Fecha)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO, COMO TODAS LAS FORMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD MIENTRAS QUE OFRECE CONSIDERABLES BENEFICIOS TAMBIÉN PUEDEN PROPORCIONAR ALGÚN NIVEL DE RIESGO. ESTE NIVEL DE RIESGO

PUEDE SER MUY MÍNIMO, SIN EMBARGO, EN RAROS CASOS, LESIONES SE HAN ASOCIADO CON EL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO. LOS TIPOS DE COMPLICACIONES QUE SE HAN REPORTADO SECUNDARIO A TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO INCLUYEN: LESIONES ESGUINCE/DEFORMACIÓN, LA IRRITACIÓN DE UNA CONDICIÓN DEL DISCO Y RARAMENTE, FRACTURAS. UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS RARAS ASOCIADAS CON EL TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO QUE OCURREN A UNA TASA ENTRE UNA INSTANCIA POR CADA 1:2 MILLONES AJUSTES DE COLUMNA CERVICAL (CUELLO) PUEDEN SER UNA LESIÓN VERTEBRAL QUE PODRÍA CONDUCIR A UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

ANTES DE RECIBIR EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO EN ESTA OFICINA DE QUIROPRÁCTICA, SE COMPLETARÁ UN HISTORIAL MÉDICO Y EXAMINACIÓN FÍSICA. ESTOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN PARA EVALUAR SUS CONDICIONES ESPECÍFICAS, SU SALUD EN GENERAL Y EN PARTICULAR SU SALUD ESPINAL. ESTOS PROCEDIMIENTOS NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI ES NECESARIO EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, O SI LOS OTROS EXÁMENES O ESTUDIOS SON NECESARIOS. ADEMÁS, PERMITIRÁ DETERMINAR SI EXISTE ALGUNA RAZÓN PARA MODIFICAR SU ATENCIÓN O DARLE CON UNA REFERENCIA A OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD. TODOS LAS DECISIONES PERTINENTES SERÁN REPORTADOS A USTED JUNTO CON UN PLAN DE CUIDADO ANTES DEL PRINCIPIO DE ATENCIÓN.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE HAY RIESGOS ASOCIADOS CON LA QUIROPRÁCTICA Y DAN SU CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN QUE EL MÉDICO CONSIDERE NECESARIO Y EL CUIDADO DE LA QUIROPRÁCTICA, INCLUYENDO AJUSTES ESPINALES, SEGÚN MI EVALUACIÓN.

ESCRIBA EL NOMBRE DE DEL NUEVO MIEMBRO DE LA PRACTICA AQUÍ

Firma del miembro de la práctica

Fecha

SI MIEMBROS DE PRÁCTICA ES UN MENOR DE EDAD, NIÑO, PADRE O GUARDIAN DEBE FIRMAR ABAJO.

Firma del miembro o el guardian de práctica

Fecha

RELACIÓN AL MENOR/NIÑO

Firma del testigo (oficina personal)

Fecha

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

ESTE FORMULARIO ES PARA AYUDAR A LOS MÉDICOS EVALUAR SU HISTORIA DE SALUD Y INFORMACIÓN PASADA.

FECHA _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE AQUÍ _____

| CONDICIÓN | PAREJA | HIJO | HIJA | MADRE | PADRE |
|-----------------------|--------|------|------|-------|-------|
| DOLOR DE BRAZO | | | | | |
| ARTRITIS | | | | | |
| ASMA | | | | | |
| ADD/ADHD | | | | | |
| ALERGIAS | | | | | |
| PROBLEMAS DE ESPALDA | | | | | |
| MOJAR LA CAMA | | | | | |
| CÁNCER | | | | | |
| DEL TÚNEL CARPIANO | | | | | |
| DIFUNTOS | | | | | |
| DIABETES | | | | | |
| PROBLEMAS DIGESTIVOS | | | | | |
| PROBLEMAS DE DISCO | | | | | |
| INFECCIONES DEL OÍDO | | | | | |
| FIBROMIALGIA | | | | | |
| DOLORES DE CABEZA | | | | | |
| ARDOR DE ESTÓMAGO | | | | | |
| PRESIÓN ARTERIAL ALTA | | | | | |
| DOLOR EN LA CADERA | | | | | |
| DOLOR EN LA PIERNA | | | | | |
| TRASTORNO MENSTRUAL | | | | | |
| MIGRAÑAS | | | | | |
| DOLOR DE CUELLO | | | | | |
| ESCOLIOSIS | | | | | |
| DOLOR DE HOMBRO | | | | | |
| PROBLEMAS DE SINUS | | | | | |
| ATM | | | | | |