

Protocolo de Pacientes Nuevos

El paciente debe rellenar la ficha por ambas caras (tanto si es ficha impresa como ficha digital). Para la impresa, una vez rellenada a mano, escanear como PDF. Enviar el PDF de la ficha rellenada al correo electrónico: info@saludglobal.net.

Si tuviera pruebas o informes relevantes a su condición, por favor, envíelos de la siguiente manera:

- Si son informes, escaneados en formato pdf.
- Si son pruebas radiológicas, en formato **DICOM**.
- Si los archivos pesan mas de 2MB, es mejor enviarlos por WeTransfer:

Si las pruebas radiológicas están en un CD/DVD, para mandarlas en formato **DICOM** (no jpg) por WeTransfer:

1. Crear el archivo comprimido del contenido del CD.
 - a. En Windows, abrir el CD/DVD en el Explorador de Archivos (no abrir el CD con el programa que viene instalado en el CD que se autoejecuta).
 - b. Seleccionar todas las carpetas y archivos.
 - c. Hacer clic en botón dch, Enviar a... Archivo Comprimido, añadiendo el nombre y fecha de la prueba.

2. Seguir las indicaciones de WeTransfer para enviar ese archivo (más abajo).

Otra opción sería traer el CD físicamente a nuestra consulta.

Si tiene las pruebas en el portal de su hospital:

Puede bajarlas y luego mandarlas en formato **DICOM** (no jpg) por WeTransfer (indicaciones más abajo).

Si no consigue hacerlo usted y si está conforme, nos puede mandar su usuario y contraseña junto con un párrafo indicando "Autorizo a la Clínica Salud Global a acceder a mis pruebas en el portal del hospital", para bajarlas nosotros directamente del portal.

O puede entrar en su portal del hospital desde un ordenador en nuestra clínica para descargar las pruebas.

Indicaciones para mandar las pruebas por WeTransfer:

1. Acceda con el navegador a www.wetransfer.com
2. Acepte los términos y condiciones, y automáticamente le aparecerá la página de envío (no hace falta registrarse si no tiene cuenta). Para no crear cuenta, hay que hacer clic en la X en la ventana que sale.
3. Pulse el botón "Añadir archivos" y elija (en la ventana de su sistema operativo) el/los que quiere enviar (el archivo previamente comprimido, paso 1, o las pruebas comprimidas que ha bajado de su portal). Puede adjuntar todos los archivos relevantes a su caso, mientras que no supere los 2 GB (en la versión gratuita).
4. A continuación, añadir la dirección de correo del destinatario: info@saludglobal.net
5. Introduzca su dirección de email.
6. Incluir en el asunto y mensaje el nombre del paciente.
7. Para finalizar, pulse Transferir y el proceso de envío se iniciará.
8. Recibirá un email de WeTransfer indicándole que se han enviado con éxito los archivos y un enlace para descargarlos, y posteriormente una confirmación de la descarga cuando se haya realizado por nosotros.

Para cualquier pregunta, no dude en contactar con nosotros, bien por email info@saludglobal.net o llamando a la consulta 917130175

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____ APELLIDOS (2): _____

DOMICILIO: _____ Nº _____ ESC. _____ PISO _____ PUERTA _____

POBLACIÓN: _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____ CP. _____

TELÉFONOS: DOM _____ TRAB _____ MÓVIL _____

SEXO: [] HOMBRE [] MUJER FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DNI: _____ ESTADO CIVIL (opcional): [] S [] C [] V [] D NACIONALIDAD (si no es española): _____

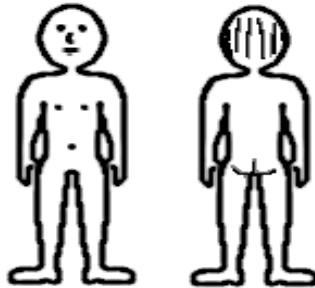
PROFESIÓN _____ EMAIL: _____

NOMBRE DE ESPOSO(A) ó PADRES (en caso de menor de edad): _____

HE CONOCIDO LA CONSULTA A TRAVÉS DE: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

POR FAVOR **MARQUE** EN LOS
DIBUJOS DÓNDE LE DUELE.



¿CUÁL ES EL PADECIMIENTO PRINCIPAL? (Describirlo brevemente): _____

SECUNDARIO _____ OTROS _____

¿HA SIDO TRATADA SU CONDICIÓN CON ANTERIORIDAD POR: [] QUIROPRÁCTICO [] MÉDICO [] FISIOTERAPEUTA?. FECHA: ____/____/____

EXPLÍQUELO: _____

¿CUÁNDO EMPEZÓ A NOTAR SÍNTOMAS/SIGNOS DE SU CONDICIÓN ACTUAL? _____

¿HA TENIDO ALGO IGUAL O PARECIDO ANTES? _____ ¿CUÁNDO? _____

¿QUÉ AGRAVA SU CONDICIÓN? _____

¿QUÉ MEJORA SU CONDICIÓN? _____

SE ESTÁ VOLVIENDO PROGRESIVAMENTE: [] PEOR; [] MEJOR; [] IGUAL; [] CONSTANTE; [] VIENE Y VA

INTERFIERE CON: [] TRABAJO [] SUEÑO [] RUTINA, EXPLÍQUELO: _____

MARQUE CON UNA X SI HA SUFRIDO O SUFRE:

	EN ESTE MOMENTO	EN EL ÚLTIMO AÑO
DOLOR DE CABEZA		
VÉRTIGO/MAREOS		
DOLOR DE CUELLO		
DOLOR DE MANDÍBULA		
DOLOR DE ESPALDA ALTA		
DOLOR DE ESPALDA BAJA		
DOLOR DE INGLES		
DOLOR DE CADERAS		
HORMIGUEOS/ADORMECIMIENTOS		

	EN ESTE MOMENTO	EN EL ÚLTIMO AÑO
DOLOR DE RODILLAS		
DOLOR DE PIES		
PROBLEMAS CARDIOVASCULARES		
PROBLEMAS DIGESTIVOS		
NERVIOSISMO		
ASMA		
ARTROSIS		
DIABETES		
CÁNCER		

SÓLO PARA MUJERES

DÍA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____ Nº HIJOS: _____

¿TUVO PROBLEMAS CON EL EMBARAZO Y/O PARTO? (Describirlo brevemente) _____

¿PROBLEMAS GINECOLÓGICOS Y/U OPERACIONES? (Describirlo brevemente) _____

POR FAVOR CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS CON SINCERIDAD:

¿QUÉ CIRUGÍAS HA TENIDO, INCLUYENDO CIRUGÍAS ESTÉTICAS, IMPLANTES MAMARIOS, ETC Y SUS FECHAS?

¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE (I.E. ANTIINFLAMATORIOS, PÍLDORA, ANTIHIPERTENSIVOS)?

¿QUÉ SUPLEMENTOS DIETÉTICOS ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE (p. ej. VITAMINA C, CALCIO, SOJA)?

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA? _____

¿HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE COCHE? [] SI [] NO

¿CUÁNDO? _____

DESCRIBA CÓMO LE AFECTÓ FÍSICAMENTE: _____

¿HA SUFRIDO ALGÚN OTRO ACCIDENTE? [] SI [] NO

¿CUÁNDO? _____

DESCRÍBALO: _____

¿FUMA? [] SI [] NO

A EFECTOS DE FAVORECER EL DIAGNÓSTICO, APORTO LAS SIGUIENTES PRUEBAS, anotando sus fechas de realización:

ANÁLISIS CLÍNICOS _____

RADIOGRAFÍAS _____

RESONANCIA MAGNÉTICA _____

T.A.C. _____

DENSITOMETRÍA _____

OTROS _____

POR FAVOR LEA CON CUIDADO ESTE APARTADO. Si el paciente es menor de edad, este documento debe ser rellenado Y FIRMADO por los padres o tutores.

Consentimiento informado para el tratamiento Quiropráctico y/o Fisioterapia

Chad Liggín, Quiropráctico EE.UU, y Elena Seoane Morales, Fisioterapeuta.

Por medio de esta carta firmada de mi puño y letra y ante testigos manifiesto que la información que he proporcionado es verdadera y autorizo a **CSG HEALTHCARE & WELLNESS, S.L.** a intercambiar información y/o copias de los expedientes de mi evaluación con otros profesionales involucrados en mi salud, si lo requieren, así como la continuidad de mi tratamiento

Asimismo, manifiesto que he sido informado del Tratamiento Quiropráctico y/o Fisioterapia en relación con mi condición y las alternativas existentes al tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, me han respondido a todas las dudas que he planteado sobre mi situación actual y me han manifestado su disposición para resolver y aclarar las que me puedan surgir en el futuro.

Igualmente, manifiesto también que he sido informado de los posibles riesgos que siguen a cualquier tratamiento de salud, al igual que al ajuste quiropráctico y/o fisioterapia y las complicaciones, que pueden incluir eventualmente trastornos en articulaciones, huesos, tejidos blandos y arterias (por ejemplo: fisuras, esguinces, accidente cerebro-vascular [riesgo: 1 por cada 5.850.000 ajustes cervicales])

Manifiesto también, que he sido informado del riesgo de permanecer sin tratamiento ya que el retraso en el mismo permite la formación de adhesiones en el tejido y otros cambios degenerativos, que pueden incluir una severa reducción de la movilidad, músculo esquelética, provocar ciclos de dolor crónico, así como también el tiempo que pase sin tratamiento dificulta aún más la recuperación e influye en el tiempo del tratamiento. La subluxación vertebral puede provocar alteraciones en el sistema neurológico, que pueden influir en el funcionamiento de otros órganos y tejidos, por su relación con el sistema nervioso, además de reducir el rendimiento del cuerpo y su inherente capacidad de curación.

Manifiesto que he sido informado de que el tratamiento quiropráctico y/o fisioterapia no contiene en sí mismo una garantía de cura total del problema que presento y por el cual he acudido a la consulta en esta ocasión, entre otras cosas porque debo acudir a realizar las revisiones periódicas que considere el Quiropráctico y/o Fisioterapeuta, así como realizar exacta y estrictamente los ejercicios que me recomiende, llevar una alimentación adecuada y suprimir las adicciones que he manifestado y cualquiera que no haya manifestado, pero que pueden dañar mi organismo, o cualquier otra circunstancia que voluntaria o involuntariamente altere el desarrollo de mi restablecimiento.

He sido informado de todo lo anterior y soy consciente de ello, así como también de que el tiempo que transcurra entre la firma del presente documento y el inicio de mi cuidado quiropráctico y/o fisioterapéutico tiene influencia en el tiempo de recuperación de mi salud.

Debido a la cantidad de pacientes que no asisten a su cita y no avisan para cancelarla y, junto con la gran demanda que tenemos en lista de espera, es obligatorio cancelar la cita como mínimo con 3 horas de antelación, en caso contrario, el paciente deberá donar el importe de la consulta a la Asociación Española para el Síndrome de Rubinstein-Taybi, dicha asociación les facilitará un certificado fiscal para poder desgravarlo en Hacienda.

Protección de datos de carácter personal

1. Haldeman S, Cary P, Townsend M, Papadopoulos C. Arterial dissection following cervical manipulation: The chiropractic experience. Canadian Medical Association Journal 2001; 165(7): 905-906.

2. **INFO RGPD: CLÍNICA SALUD GLOBAL** le informa que el responsable del tratamiento es **CSG Healthcare & Wellness, S.L.** AVDA. ALFONSO XIII Nº 75, LOCAL 4, 28016-MADRID **FINALIDAD:** Diagnóstico y realización de los tratamientos de salud. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado y protección de intereses vitales.

DESTINATARIOS: Proveedores informáticos o entidades de salud. **DERECHOS:** Acceso, rectificación, cancelación, oposición y limitación del tratamiento, supresión y portabilidad. + Info en <http://www.agpd.es> Para ejercer su derecho tan solo tiene que solicitarlo en recepción, si lo realiza el propio interesado presentando DNI, pasaporte o documento acreditativo. Si no es el interesado, con una autorización. **CONSERVACIÓN:** Acorde a la legislación sanitaria. **CONTACTO** info@saludglobal.net

Firmado:

Paciente/padre, madre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha