Patient Information

_____ _____ _____ _____

Last name นามสกุล First name ชื่อ Date of Birth วันเดือนปี เกิด Age อายุ Gender เพศ

_____ _____

Occupation อาชีพ Hobbies งานอดิเรก(golf, walking, cooking, etc.)

_____

Home Address ที่อยู่

_____ _____ _____

City เมือง State รัฐ Zip Code รหัสไปรษณีย์

(_____) _____ - _____ _____

Phone Number หมายเลขโทรศัพท์ Email address ที่อยู่อีเมล

___ *Opt-out of receiving text message notifications. Messaging rates may apply*

ยกเลิกการรับข้อความแจ้งเตือน อาจมีอัตราการส่งข้อความ

_____ _____ (_____) _____ - _____

Emergency Contact Name Relationship ความสัมพันธ์ Phone Number หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน

Are you Medicare eligible? คุณมีสิทธิ์ได้รับ Medicare หรือไม่ (Yes / No)

Have you ever been to a Chiropractor? คุณเคยไปหาหมอไคโรแพรคติกไหม (Yes / No)

I AGREE that Savage Chiropractic, PC / Savage.Clinic, its affiliates, vendors, and agents can email me at the email address above or call or text message me at the phone number provided, even if I am on a federal or state do not call registry for any purpose, including marketing. Message and data rates may apply. I understand that consent to receive calls or texts is not required to receive this service. ฉันตกลงว่า Savage Chiropractic, PC / Savage.Clinic บริษัทในเครือ ผู้ขาย และตัวแทนสามารถส่งอีเมลถึงฉันตามที่อยู่อีเมลด้านบน หรือโทรหรือส่งข้อความหาฉันที่หมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ แม้ว่าฉันจะอยู่ในรัฐบาลกลางหรือรัฐกี่ตาม เรียกทะเบียนเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ รวมถึงการตลาด ข้อความและอัตราข้อมูลที่อาจนำไปใช้. ฉันเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องรับสายหรือส่งข้อความเพื่อรับบริการนี้

_____ _____

Patient or Legal Guardian Signature ลงชื่อ Date วันที่

Informed Consent

Please read this entire document prior to signing it. It is very important that you understand the information contained in this document. Please ask questions before you sign if there is anything that is unclear. โปรดอ่านเอกสารทั้งหมดนี้ก่อนลงนาม เป็นสิ่งสำคัญมากที่คุณจะต้องเข้าใจข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสารนี้ กรุณาถามคำถามก่อนลงนามหากมีสิ่งใดไม่ชัดเจน

The nature of the chiropractic adjustment: Your chiropractic doctor may use his/her hands or a device to manipulate the area being treated. You may feel or hear a “click” or “pop,” and you may feel movement. Chiropractic treatment may also include activity advice, exercise, hot or cold packs, electric stimulation, or other types of therapy. Your chiropractic doctor will recommend the treatment that is most appropriate for your condition.

ลักษณะของการรักษาไคโรแพรคติก: แพทย์ไคโรแพรคติกของคุณอาจใช้มือหรืออุปกรณ์ของเขา/เธอเพื่อจัดการกับบริเวณที่กำลังรับการรักษา คุณอาจรู้สึกหรือได้ยินเสียง "คลิก" หรือ "ป๊อป" และคุณอาจรู้สึกเคลื่อนไหว การรักษาด้วยไคโรแพรคติกอาจรวมถึงการแนะนำกิจกรรม การออกกำลังกาย การประคบร้อนหรือเย็น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า หรือการบำบัดประเภทอื่นๆ แพทย์ไคโรแพรคติกของคุณจะแนะนำการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสภาพของคุณ

Possible risks: Chiropractic treatment is safe and the majority of patients experience improvement. Approximately 30% of patients experience slight pain in the treated area, possibly due to a minor strain of muscle, tendon, or ligament. When this occurs, the pain is brief and self-limiting over the next few days. Temporary minor pain may also occur with exercise, heat, cold, and electrical stimulation. Possible skin irritations, burns, or electrical shocks may occur with thermal or electrical therapy but are rare. Some soft tissue treatments may produce local discomfort, reddening of the skin, and superficial tissue bruising/soreness during and post-treatment.

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น: การรักษาด้วยไคโรแพรคติกมีความปลอดภัยและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยประมาณ 30% มีอาการปวดเล็กน้อยในบริเวณหลังจากที่ทำการรักษา อาจเป็นเพราะกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น หรือเอ็นตึงเล็กน้อย เมื่อสิ่งนี้เกิดขึ้น ความเจ็บปวดจะหายเองประมาณ สองถึงสามวันหลังจากการรักษา อาการปวดเล็กน้อยชั่วคราวอาจเกิดขึ้นกับการออกกำลังกาย ความร้อน ความเย็น และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การระคายเคืองผิวหนัง แผลไหม้ หรือไฟฟ้าช็อตที่อาจเกิดขึ้นได้อาจเกิดขึ้นกับการบำบัดด้วยความร้อนหรือไฟฟ้า แต่จะพบไม่บ่อยนัก การรักษาเนื้อเยื่ออ่อน กล้าเนื้อบางอย่างอาจทำให้รู้สึกไม่สบายเฉพาะที่ ผิวหนังเป็นสีแดง และช้ำ/เจ็บบริเวณผิวเผินระหว่างและหลังการรักษา แต่อาการจะหายเอง และเป็นไปตามปกติ ดีขึ้น

Serious bodily harm is extremely rare and not an inherent risk of chiropractic treatment. Many factors can adversely affect one’s health, including a previous injury, medications, osteoporosis, cancer, and other illnesses, diseases, or conditions. When complicating factors are present, chiropractic treatment may be associated with serious adverse events such as fracture, dislocation, or aggravation of existing injuries. Your chiropractic doctor is aware that symptoms of stroke or cerebrovascular injury alert patients to seek medical and/or chiropractic care and will assess for symptoms and signs of stroke if appropriate. The incidence of stroke associated with neck adjustments is exceedingly rare (1 in 1 to 5 million) and while current research does not refute a causal relationship, it strongly suggests associated strokes are already in progress at the start of the visit rather than the result of the care provided. การทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงนั้นเกิดขึ้นได้ยากมากและไม่ใช่ความเสี่ยงโดยธรรมชาติของการรักษาไคโรแพรคติก มีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาการบาดเจ็บ การใช้ยา โรคกระดูกพรุน มะเร็ง และความเจ็บป่วย โรค หรือสภาวะอื่นๆ เมื่อมีปัจจัยที่ซับซ้อน การรักษาด้วยไคโรแพรคติกอาจเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง เช่น การแตกหัก ความคลาดเคลื่อน หรือการทำให้อาการบาดเจ็บรุนแรงขึ้น แพทย์ไคโรแพรคติกของคุณทราบดีว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดสมองเตือนผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์และ/หรือการดูแลเกี่ยวกับไคโรแพรคติก และจะประเมินอาการและสัญญาณของโรคหลอดเลือดสมองตามความเหมาะสม อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับการปรับคอนั้นหายากมาก (1 ใน 1- 5 ล้าน) และในขณะที่การวิจัยในปัจจุบันไม่ได้หักล้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แต่ก็แนะนำอย่างยิ่งว่าจังหวะที่เกี่ยวข้องนั้นอยู่ในระหว่างเริ่มการเยี่ยมชมมากกว่าผล การดูแลที่ให้มา

Please inform your chiropractic doctor of all medications you are taking, including blood thinners, any surgeries you have had, and any other medical conditions, including osteoporosis, heart disease, numbness, cancer, stroke, fracture, or previous severe injury. *โปรดแจ้งให้แพทย์ไคโรแพรคติกทราบเกี่ยวกับยาทั้งหมดที่คุณกำลังใช้ รวมถึงยาทินเนอร์เลือด การผ่าตัดใดๆ ที่คุณมี และเงื่อนไขทางการแพทย์อื่น ๆ รวมถึงโรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ อาการชา มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง กระดูกหัก หรือการบาดเจ็บรุนแรงครั้งก่อน*

Other options for treatment include: do nothing and live with it, over-the-counter medications, physical therapy, medical care, injections, surgery, and many others. Most treatments that have potential benefits also have potential risks. You are encouraged to ask questions regarding possible risks of chiropractic treatment and may use the space below for this purpose. ตัวเลือกการรักษาอื่นๆ ได้แก่ ไม่ทำอะไรเลยและใช้ชีวิตร่วมกับมัน ยาที่จำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์ กายภาพบำบัด การดูแลทางการแพทย์ การฉีด การผ่าตัด และอื่นๆ อีกมากมาย การรักษาส่วนใหญ่ที่มีประโยชน์ก็มีความเสี่ยงเช่นกัน ขอแนะนำให้คุณถามคำถามเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไคโรแพรคติก และอาจใช้พื้นที่ด้านล่างเพื่อจุดประสงค์นี้

*****Do not sign below until asked by your doctor.** อย่าลงชื่อด้านล่างจนกว่าแพทย์ของคุณจะถาม*******

Informed Consent

Savage Chiropractic, PC

My signature below confirms that I have read the paragraphs above and that I understand what my chiropractic doctor has told me about possible risks of chiropractic treatment and that I have had the opportunity to ask questions and have my questions answered. In addition, I have told my chiropractic doctor about my medical history regarding the above-specified complicating factors, if any. ลงชื่อลายเซ็นของฉันด้านล่างยืนยันว่าฉันได้อ่านย่อหน้าข้างต้นแล้ว และฉันเข้าใจสิ่งที่แพทย์ไคโรแพรคติกของฉันบอกฉันเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เป็นไปได้ของการรักษาด้วยไคโรแพรคติก และฉันได้มีโอกาสถามคำถามและตอบคำถามของฉัน นอกจากนี้ ฉันได้แจ้งแพทย์ไคโรแพรคติกเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของฉันเกี่ยวกับปัจจัยแทรกซ้อนที่ระบุข้างต้นแล้ว ถ้ามี

_____	Dr. Hansalak Savage, DC
Patient's Name ลงชื่อ/ลายเซ็นคนไข้	*Clinician's Name*
_____	_____
Patient Signature (Guardian if Minor) ผู้ปกครอง ถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า18ปี	*Clinician Signature*
Date วันที่: _____	Date: _____

Terms and Conditions

Please initial the following กรุณาลงชื่อในช่องว่างทุกช่อง*:*

_____ Patient agrees to timely notify us of any changes in patient's personal information, including mailing address, insurance policy, telephone number, and credit/debit card information. We reserve the right to suspend services while such information is pending from the patient. ผู้ป่วยตกลงที่จะแจ้งให้เราทราบทันเวลาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงที่อยู่ทางไปรษณีย์ กรมธรรม์ประกันภัย หมายเลขโทรศัพท์ และข้อมูลบัตรเครดิต/เดบิต เราขอสงวนสิทธิ์ในการระงับบริการในขณะที่ข้อมูลดังกล่าวอยู่ระหว่างรอดำเนินการจากผู้ป่วย

_____ I understand that Savage Chiropractic, PC is not responsible for lost or stolen articles or goods while I am present at their facility. ฉันเข้าใจว่า Savage Chiropractic, PC จะไม่รับผิดชอบต่อสิ่งของหรือสินค้าที่สูญหายหรือถูกขโมยในขณะที่ฉันอยู่ที่คลินิกของพวกเขา

_____ I agree to notify Savage Chiropractic of the cancellation of my appointment at least 24 hours prior to appointment time. I understand that if unable to do so, I may be subjected to a $25.00 no-show fee at the clinic's discretion. ตกลงที่จะแจ้งให้ Savage Chiropractic ยกเลิกการนัดหมายของฉันอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนเวลานัดหมาย ฉันเข้าใจว่าหากไม่สามารถทำได้ ฉันอาจต้องเสียค่าธรรมเนียม 25.00 ดอลลาร์สหรัฐฯ โดยไม่ปรากฏตัวตามดุลยพินิจของคลินิก

_____ In the event of any dispute, controversy, or claim arising out of or related to these Terms and Conditions, the agreement, your treatment, or the services received at Savage Chiropractic, PC, the patient understands and agrees that patient and Savage Chiropractic, PC shall first attempt promptly and in good faith, to resolve any such dispute in mediation. Failure by the patient to deliver a formal mediation notice prior to the inception of a legal claim or lawsuit shall constitute prima facie evidence and basis for Savage Chiropractic, PC seeking a motion to dismiss the lawsuit. If the patient is unable to resolve such dispute by mediation within a reasonable time (not to exceed 60 days), YOU AS THE PATIENT AGREE THAT THE DISPUTE SHALL, UNLESS OTHERWISE MUTUALLY AGREED BY THE PARTIES FOR ANY PARTICULAR DISPUTE, BE RESOLVED EXCLUSIVELY BY BINDING ARBITRATION BEFORE THE AMERICAN ARBITRATION ASSOCIATION, PURSUANT TO THE THEN-CURRENT CONSUMER ARBITRATION RULES. ANY ARBITRATION COMMENCED BETWEEN YOU AND SAVAGE CHIROPRACTIC, PC MUST BE AGREED TO ARBITRATION. YOU ARE WAIVING CERTAIN LEGAL RIGHTS, INCLUDING THE RIGHT TO SUE IN COURT, THE RIGHT TO HAVE THE DISPUTE DECIDED BY A JUDGE OR JURY, AND THE RIGHT TO BRING, OR BE PART OF, A CLASS ACTION CASE.ในกรณีที่มีข้อพิพาท การโต้เถียง หรือการเรียกร้องใดๆ ที่เกิดขึ้นจากหรือเกี่ยวข้องกับข้อกำหนดและเงื่อนไขเหล่านี้ ข้อตกลง การรักษาของคุณ หรือบริการที่ได้รับที่ Savage Chiropractic, PC ผู้ป่วยเข้าใจและตกลงว่าผู้ป่วยและ Savage Chiropractic, PC จะต้องพยายามแก้ไขข้อพิพาทดังกล่าวด้วยการไกล่เกลี่ยโดยทันทีและโดยสุจริตก่อนโดยทันที ความล้มเหลวโดยผู้ป่วยในการส่งคำบอกกล่าวไกล่เกลี่ยอย่างเป็นทางการก่อนเริ่มการเรียกร้องทางกฎหมายหรือคดีความจะถือเป็นหลักฐานเบื้องต้นและเป็นพื้นฐานสำหรับ Savage Chiropractic, PC ที่ขอคำร้องเพื่อยกเลิกการฟ้องร้อง หากผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขข้อพิพาทดังกล่าวโดยการไกล่เกลี่ยภายในเวลาที่เหมาะสม (ไม่เกิน 60 วัน) คุณในฐานะผู้ป่วยตกลงว่าข้อพิพาทนั้นจะตกลงกันโดยคู่กรณีทั้งสองฝ่ายสำหรับข้อพิพาทเฉพาะใด ๆ จะได้รับการแก้ไขโดยเฉพาะโดยการผูกมัด การอนุญาโตตุลาการก่อนสมาคมอนุญาโตตุลาการของอเมริกา ให้เป็นไปตามกฎอนุญาโตตุลาการผู้บริโภคในปัจจุบัน การอนุญาโตตุลาการใดๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างคุณกับ SAVAGE CHIROPRACTIC PC จะต้องตกลงที่จะอนุญาโตตุลาการ คุณกำลังสละสิทธิ์ทางกฎหมายบางประการ ซึ่งรวมถึงสิทธิ์ในการฟ้องร้องในศาล สิทธิ์ในการให้ข้อพิพาทตัดสินโดยผู้พิพากษาหรือคณะลูกขุน และสิทธิ์ในการนำหรือเป็นส่วนหนึ่งของคดีฟ้องร้องแบบกลุ่ม

_____ Payment is expected at the time of service unless other arrangements have been made with the receptionist prior to treatment. จะชำระเงิน ณ เวลาที่ให้บริการทันที เว้นแต่จะมีการจัดเตรียมอื่นๆ กับพนักงานต้อนรับก่อนทำการรักษา

_____ Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will verify your benefits and coverage and will try to have this information ready for you prior to your first visit with our office. ***Please be aware, this verification is an estimate of benefit and not a guarantee of payment.*** กรมธรรม์ประกันภัยของคุณเป็นสัญญาระหว่างคุณกับบริษัทประกันภัยของคุณ ด้วยความสุภาพ เราจะตรวจสอบผลประโยชน์และความคุ้มครองของคุณและจะพยายามเตรียมข้อมูลนี้ให้พร้อมสำหรับคุณก่อนการเยี่ยมชมสำนักงานของเราในครั้งแรก โปรดทราบว่าการตรวจสอบนี้เป็นการประเมินผลประโยชน์และไม่ใช่การรับประกันการชำระเงิน

Terms and Conditions

Savage Chiropractic, PC

_____ As a service to you, we will bill your health insurance for services rendered. Some insurance companies may mail the check directly to you. And checks issued to you must be forwarded to Savage Chiropractic, PC endorsed on the back, and written on the check "Pay to the Order of Savage Chiropractic, PC". If you chose to write a personal check in the amount of the insurance payment, please included a copy of the explanation of benefits so we may apply your payment to the proper date of service. This payment is due within 15 days of receipt along with any and all EOB's. เพื่อให้บริการแก่คุณ เราจะเรียกเก็บเงินประกันสุขภาพของคุณสำหรับบริการที่ได้รับ บริษัทประกันภัยบางแห่งอาจส่งเช็คถึงคุณโดยตรง และเช็คที่ออกให้คุณจะต้องส่งต่อไปยัง Savage Chiropractic PC รับรองที่ด้านหลัง และเขียนบนเช็ค "Pay to the Order of Savage Chiropractic, PC" หากคุณเลือกที่จะเขียนเช็คส่วนบุคคลในจำนวนเงินที่จ่ายประกัน โปรดแนบสำเนาคำอธิบายของผลประโยชน์ด้วย เพื่อที่เราจะได้นำการชำระเงินของคุณไปใช้กับวันให้บริการที่เหมาะสม การชำระเงินนี้มีกำหนดชำระภายใน 15 วันหลังจากได้รับพร้อมกับ คำอธิบายผลประโยชน์ใด ๆ และทั้งหมด

By initialing and signing this contract you are agreeing to the terms and conditions written above.
การลงชื่อและลงนามในสัญญานี้แสดงว่าคุณยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขที่เขียนไว้ข้างต้น

_____ _____

Signature of Patient or Legal Guardian
ลายเซ็นผู้ป่วย หรือ ผู้ปกครอง

Date
วันที่

Terms and Conditions

Please initial the following กรุณาลงชื่อในช่องว่างทุกช่อง*:*

_____ Patient agrees to timely notify us of any changes in patient's personal information, including mailing address, insurance policy, telephone number, and credit/debit card information. We reserve the right to suspend services while such information is pending from the patient. ผู้ป่วยตกลงที่จะแจ้งให้เราทราบทันเวลาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงที่อยู่ทางไปรษณีย์ กรมธรรม์ประกันภัย หมายเลขโทรศัพท์ และข้อมูลบัตรเครดิต/เดบิต เราขอสงวนสิทธิ์ในการระงับบริการในขณะที่ข้อมูลดังกล่าวอยู่ระหว่างรอดำเนินการจากผู้ป่วย

_____ I understand that Savage Chiropractic, PC is not responsible for lost or stolen articles or goods while I am present at their facility. ฉันเข้าใจว่า Savage Chiropractic, PC จะไม่รับผิดชอบต่อสิ่งของหรือสินค้าที่สูญหายหรือถูกขโมยในขณะที่ฉันอยู่ที่คลินิกของพวกเขา

_____ I agree to notify Savage Chiropractic of the cancellation of my appointment at least 24 hours prior to appointment time. I understand that if unable to do so, I may be subjected to a $150.00 no-show fee at the clinic's discretion. ตกลงที่จะแจ้งให้ Savage Chiropractic ยกเลิกการนัดหมายของฉันอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนเวลานัดหมาย ฉันเข้าใจว่าหากไม่สามารถทำได้ ฉันอาจต้องเสียค่าธรรมเนียม 150.00 ดอลลาร์สหรัฐฯ โดยไม่ปรากฏตัวตามดุลยพินิจของคลินิก

_____ In the event of any dispute, controversy, or claim arising out of or related to these Terms and Conditions, the agreement, your treatment, or the services received at Savage Chiropractic, PC, the patient understands and agrees that patient and Savage Chiropractic, PC shall first attempt promptly and in good faith, to resolve any such dispute in mediation. Failure by the patient to deliver a formal mediation notice prior to the inception of a legal claim or lawsuit shall constitute prima facie evidence and basis for Savage Chiropractic, PC seeking a motion to dismiss the lawsuit. If the patient is unable to resolve such dispute by mediation within a reasonable time (not to exceed 60 days), YOU AS THE PATIENT AGREE THAT THE DISPUTE SHALL, UNLESS OTHERWISE MUTUALLY AGREED BY THE PARTIES FOR ANY PARTICULAR DISPUTE, BE RESOLVED EXCLUSIVELY BY BINDING ARBITRATION BEFORE THE AMERICAN ARBITRATION ASSOCIATION, PURSUANT TO THE THEN-CURRENT CONSUMER ARBITRATION RULES. ANY ARBITRATION COMMENCED BETWEEN YOU AND SAVAGE CHIROPRACTIC, PC MUST BE AGREED TO ARBITRATION. YOU ARE WAIVING CERTAIN LEGAL RIGHTS, INCLUDING THE RIGHT TO SUE IN COURT, THE RIGHT TO HAVE THE DISPUTE DECIDED BY A JUDGE OR JURY, AND THE RIGHT TO BRING, OR BE PART OF, A CLASS ACTION CASE.ในกรณีที่มีข้อพิพาท การโต้เถียง หรือการเรียกร้องใดๆ ที่เกิดขึ้นจากหรือเกี่ยวข้องกับข้อกำหนดและเงื่อนไขเหล่านี้ ข้อตกลง การรักษาของคุณ หรือบริการที่ได้รับที่ Savage Chiropractic, PC ผู้ป่วยเข้าใจและตกลงว่าผู้ป่วยและ Savage Chiropractic, PC จะต้องพยายามแก้ไขข้อพิพาทดังกล่าวด้วยการไกล่เกลี่ยโดยทันทีและโดยสุจริตก่อนโดยทันที ความล้มเหลวโดยผู้ป่วยในการส่งคำบอกกล่าวไกล่เกลี่ยอย่างเป็นทางการก่อนเริ่มการเรียกร้องทางกฎหมายหรือคดีความจะถือเป็นหลักฐานเบื้องต้นและเป็นพื้นฐานสำหรับ Savage Chiropractic, PC ที่ขอคำร้องเพื่อยกเลิกการฟ้องร้อง หากผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขข้อพิพาทดังกล่าวโดยการไกล่เกลี่ยภายในเวลาที่เหมาะสม (ไม่เกิน 60 วัน) คุณในฐานะผู้ป่วยตกลงว่าข้อพิพาทนั้นจะตกลงกันโดยคู่กรณีทั้งสองฝ่ายสำหรับข้อพิพาทเฉพาะใด ๆ จะได้รับการแก้ไขโดยเฉพาะโดยการผูกมัด การอนุญาโตตุลาการก่อนสมาคมอนุญาโตตุลาการของอเมริกา ให้เป็นไปตามกฎอนุญาโตตุลาการผู้บริโภคในปัจจุบัน การอนุญาโตตุลาการใดๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างคุณกับ SAVAGE CHIROPRACTIC PC จะต้องตกลงที่จะอนุญาโตตุลาการ คุณกำลังสละสิทธิ์ทางกฎหมายบางประการ ซึ่งรวมถึงสิทธิ์ในการฟ้องร้องในศาล สิทธิ์ในการให้ข้อพิพาทตัดสินโดยผู้พิพากษาหรือคณะลูกขุน และสิทธิ์ในการนำหรือเป็นส่วนหนึ่งของคดีฟ้องร้องแบบกลุ่ม

_____ Payment is expected at the time of service unless other arrangements have been made with the receptionist prior to treatment. จะชำระเงิน ณ เวลาที่ให้บริการทันที เว้นแต่จะมีการจัดเตรียมอื่นๆ กับพนักงานต้อนรับก่อนทำการรักษา

_____ Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will verify your benefits and coverage and will try to have this information ready for you prior to your first visit with our office. ***Please be aware, this verification is an estimate of benefit and not a guarantee of payment.*** กรมธรรม์ประกันภัยของคุณเป็นสัญญาระหว่างคุณกับบริษัทประกันภัยของคุณ ด้วยความสุภาพ เราจะตรวจสอบผลประโยชน์และความคุ้มครองของคุณและจะพยายามเตรียมข้อมูลนี้ให้พร้อมสำหรับคุณก่อนการเยี่ยมชมสำนักงานของเราในครั้งแรก โปรดทราบว่าการตรวจสอบนี้เป็นการประเมินผลประโยชน์และไม่ใช่การรับประกันการชำระเงิน

Your rights regarding your medical information สิทธิ์ของคุณเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์ของคุณ:

1. Right to inspect and copy สิทธิในการตรวจสอบและคัดลอก
2. Right to amend สิทธิในการแก้ไข
3. Right to an accounting of disclosures สิทธิในการบัญชีการเปิดเผยข้อมูล
4. Right to request restrictions สิทธิ์ในการขอข้อจำกัด
5. Right to revoke an authorization สิทธิในการเพิกถอนการอนุญาต
6. Right to receive a copy of this document สิทธิ์ในการรับสำเนาเอกสารฉบับนี้

We reserve the right to change our practices and to make new provisions effective for all medical information we maintain. Should our information practices change, we will post the amended Notice of Privacy Practices in our office and on our website. You may request a copy be provided to you by contacting us.

เราขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของเราและทำให้ข้อกำหนดใหม่มีผลกับข้อมูลทางการแพทย์ทั้งหมดที่เรารักษาไว้ หากแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูลของเรา เปลี่ยนแปลง เราจะโพสต์ประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวฉบับแก้ไขในสำนักงานของเราและบนเว็บไซต์ของเรา คุณสามารถขอสำเนาให้คุณได้โดยติดต่อเรา

I understand and have been provided with a notice of information practices that provide me with a more complete description of information uses and disclosures. I understand my rights and privileges. By signing the following I am giving SAVAGE CHIROPRACTIC permission to use and disclose my protected health information in accordance with the directives listed above. ฉันเข้าใจและได้รับหนังสือแจ้งแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูลที่ให้คำอธิบายที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการใช้และการเปิดเผยข้อมูลแก่ฉัน ฉันเข้าใจถึงสิทธิ์และสิทธิพิเศษของฉัน โดยการลงนามต่อไปนี้ ฉันให้สิทธิ์ SAVAGE CHIROPRACTIC เพื่อใช้และเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครองของฉันตามคำสั่งที่ระบุไว้ข้างต้น

_____ _____

Signature of Patient or Legal Guardian
ลายเซ็นผู้ป่วย หรือ ผู้ปกครอง

Date
วันที่

Initial Visit Patient Intake Information

Name ชื่อ นามสกุล: _____

DOB วันเดือนปีเกิด :_____ Gender เพศ: _____

Main Compliant มาหาหมอเพราะอะไร_____

How did this begin คิดว่าอาการสาเหตุมาจากอะไร _____

When did your symptoms **begin** อาการเริ่มเมื่อไหร่? _____

Has this happened before? เคยมีอาการก่อนหน้านี้หรือไม่ (Yes / No)

What makes your problem **better**? มีอะไรช่วยในการบรรเทาอาการ_____

What makes your problem **worse**? อะไรทำให้อาการแย่ขึ้น_____

Describe your pain / symptoms กรุณาบรรยายอาการเจ็บ ปวดเป็นอย่างไร อาการเกิดช่วงไหน: _____

_____

_____

_____

Does your pain radiate ความเจ็บเดินทางไปตามที่อื่นหรือไม่ (into the arms มือ / leg เท้า, etc. อื่นๆ)? ____

_____

Since the problem began, has it หลังจากที่เริ่มมีอาการ ;

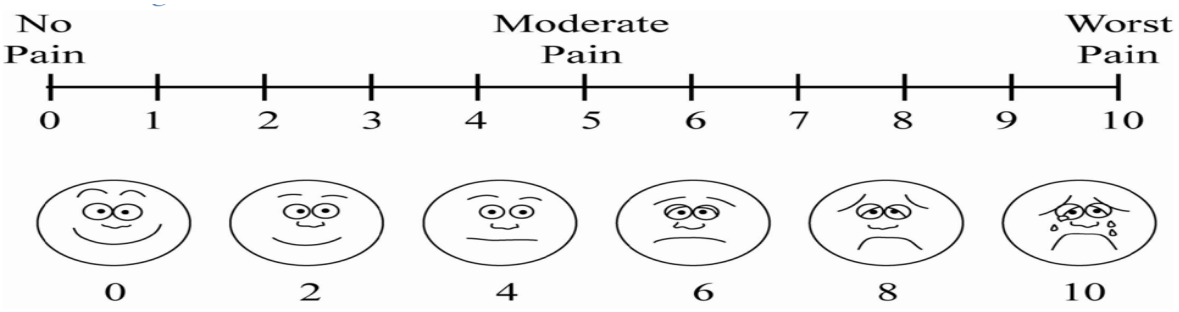
Improved ดีขึ้น _____ Worsened แย่ลง _____ No change เหมือนเดิม _____

The problem bothers me ความถี่ของอาการ:

Occasionally นานๆที (0-25% of the time) _____Intermittently บางครั้ง (25-50% of the time) _____

Frequently บ่อย (50-75% of the time) _____ Constantly ตลอดเวลา(75-100% of the time) _____

Rate your pain as of today ความเจ็บ ปวดของอาการ **"1**สบายดี **- 10**จะตาย**"** วันนี้รู้สึกอย่างไร**:**



When do you notice your pain the most? อาการเกิดช่วงเวลาไหนมากที่สุด

Morning เช้า _____ Afternoon บ่าย _____ As the day progresses อาการเริ่มหนักขึ้นตอนเย็น _____

Night กลางคืน ____ Other อื่นๆ(_____)

Do you have any other associated symptoms มีอาการอื่นๆ นอกเหนือจากนี้หรือไม่ _____

_____

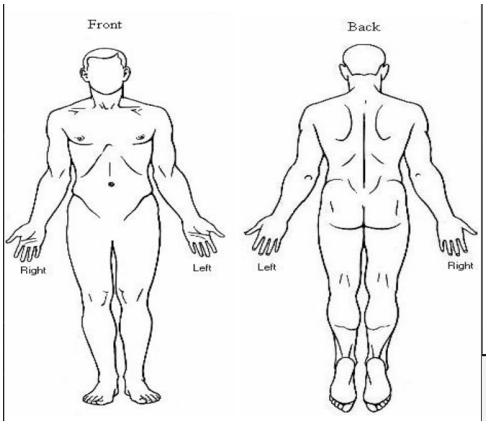
Previous Treatment(s) เคยรับการรักษามาก่อนหรือไม่: _____

_____

_____

On the diagram below, please indicate where you are experiencing pain or other symptoms.

จากรูปข้างล่างโปรดลงวงกลมที่คุณมีอาการเจ็บปวด



Quality	Achy Sharp Dull Numb Stiff Burning Electrical Other

Please check ✓all of the following that apply: โปรด ✓ หากคุณมีอาการ

___ Past History of **Cancer** เคยเป็นมะเร็ง

___ Unexplained weight loss น้ำหนักลดไม่รู้สาเหตุ

___ Recent fever of chills เป็นไข้ ตัวร้อน

___ Pain worse at night เจ็บมากโดยเฉพาะตอนกลางคืน

___ Pain not relieved by rest พักแล้วก็ไม่หาย

___ Changing position does *not* modify pain ไม่มีท่าไหนทำให้หายปวด

___ Over 50 years of age อายุมากกว่า 50 ปี

___ Under 20 years of age with sever, disabling pain อายุน้อยกว่า 20ปี ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง

___ No significant improvement after more than 1 month of conservative care หลักจากได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้านมากกว่า 1เดือนแล้วอาการยังเหมือนเดิม

___ Spinal pain more than 4 consecutive weeks กระดูกหลังปวดมากกว่า 4 อาทิตย์

___ Anticoagulant therapy การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด *(Heparin, Warfarin, Coumadin)*

___ Abdominal pain ปวดท้อง

___ History of high blood pressure, smoking, family obesity ความดันเลือดสูง สูบบุหรี่ โรคความอ้วน

___ Intravenous drug use ฉีดยาในเส้นเลือดตลอดเวลาด้วยตัวเอง

___ Current or recent urinary tract, respiratory tract or other infection ทางเดินปัสสาวะ ปอด หรือ อวัยวะ อักเสบ

___ Immunosuppression medication and/or condition (HIV infection) ภาวะลดภูมิคุ้มกันและ/หรือสภาวะ (การติดเชื้อเอชไอวี)

___ History of significant trauma such as motor vehicle accident or fall ประวัติการบาดเจ็บที่สำคัญ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการหกล้ม

___ Minor trauma or strenuous lifting injury in person over 50 years old การบาดเจ็บเล็กน้อยหรือการบาดเจ็บจากการยกของหนักในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

___ **Osteoporosis** (Weak bones) โรคกระดูกพรุน (กระดูกอ่อนแอ)

___ Over 70 years old อายุมากกว่า 70 ปี

___ History of prolonged use of corticosteroids ประวัติการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นเวลานาน

___ Loss of bladder control (urinary retention or overflow incontinence) สูญเสียการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ (การเก็บปัสสาวะหรือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่)

___ Loss of bowel control สูญเสียการควบคุมอุจาระ

___ Numbness in groin area อาการชาบริเวณขาหนีบ

___ Global or progressive weakness in the legs (do legs give out?) ขาอ่อนแรง ไม่สามารถก้าว เดิน หรือยืนได้

Past Medical History (please include dates) ประวัติการรักษาในอดีต (โปรดระบุวันที่):

Surgery การผ่าตัด: _____

Hospitalization การรักษาในโรงพยาบาล: _____

Illness การเจ็บป่วย: _____

Injury / Trauma การบาดเจ็บ / อุบัติเหตุ: _____

Allergies โรคภูมิแพ้หรือแพ้อื่นๆ: _____

Medication(s) ยา: _____

_____

Vitamins/Supplements/Herbs วิตามิน/อาหารเสริม/สมุนไพร:_____

Family History (Parents/ Grandparents / Siblings) ประวัติครอบครัว (พ่อแม่ / ปู่ย่าตายาย / พี่น้อง):

___ Cancer มะเร็ง	___ Stroke โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	___ Lung disease โรคปอด	___ Migraine headaches ปวดหัวไมเกรน
___ Heart problems โรคหัวใจ	___ Aneurysm เส้นเลือดโป่งพอง	___ Osteoporosis โรคกระดูกพรุน	___ Alcohol dependence การพึ่งพาแอลกอฮอล์
___ Hight blood pressure ความดันโลหิตสูง	___ Diabetes โรคอ้วน	___ Rheumatoid Arthritis ข้ออักเสบรูมาตอยด์	___ Seizures อาการชัก

Social History ประวัติสังคม**:**

Do you use tobacco คุณใช้ยาสูบหรือไม่? (Yes / No / Quit เลิก) _____ Pack(s) per day แพ็คต่อวัน for เป็นเวลา_____ Year(s) Smoking สูบอะไร:____

Recreational, Intravenous, or Performance Enhancing Drugs ยาเพื่อความบันเทิง ทางหลอดเลือดดำ หรือยาเสริมสมรรถภาพ? (Yes / No) If yes what type of drugs ถ้าใช่ ยาชนิดใด?_____

Alcoholสุรา: Neverไม่เคย___ Rarelyนานๆที___ Socially สังคม___ Dailyทุกวัน; If yesถ้าใช่: Drink(s)/dayแก้วต่อวัน __
Are you sexually active คุณมีเพศสัมพันธ์หรือไม่? (Yes / No)

If yes: Do you practice safe sex ถ้าใช่: คุณฝึกเซ็กส์อย่างปลอดภัยหรือไม่? (Yes / No)

Describe your lifestyle อธิบายไลฟ์สไตล์ของคุณ: Sedentaryนั่งตลอด___ Moderateปานกลาง___ Vigorousงานหนัก___

Do you exercise ออกกำลังกาย? (Y / N) What activity(ies) ถ้าออกทำอะไร: _____

_____

How often บ่อยแค่ไหน?_____

How many hours of sleep do you get per night คุณนอนกี่ชั่วโมงต่อคืน? _____hours/night ชั่วโมง/คืน

Rate the quality of sleep ให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับ:

Excellent ยอดเยี่ยม_____ Good ดี_____ Average ปานกลาง_____ Fair แย่_____ Poor ไม่ดี_____

How would you rate your stress คุณจะให้คะแนนความเครียดของคุณอย่างไร?

Very High สูงมาก_____ High สูง_____ Medium ปานกลาง_____ Low ต่ำ_____ Very Low ต่ำมาก___

What contributes to your stress อะไรที่ทำให้คุณเครียด? _____

Do your like you work situation คุณชอบสถานการณ์การทำงานของคุณหรือไม่? Yes ___ No___

If no please explain why ถ้าไม่ใช่ โปรดอธิบายว่าทำไม: _____

How would you rate your diet คุณจะให้คะแนนอาหารของคุณเท่าไร??

Excellent ยอดเยี่ยม_____ Good ดี_____ Average ปานกลาง_____ Fair แย่_____ Poor ไม่ดี_____

How would you rate your sugar intake คุณจะให้คะแนนการบริโภคน้ำตาลของคุณอย่างไร?

Excellent ยอดเยี่ยม____ Good ดี____ Average ปานกลาง____ Fair แย่____ Poor ไม่ดี____

Explain อธิบาย:_____

Caffeine intake ปริมาณคาเฟอีน: Coffee กาแฟ___ Tea ชา___ Energy Drinks เครื่องดื่มชูกำลัง___ Soda โซดา;

_____cup(s)/day แก้ว/วัน

How would you describe your overall health?

Excellent ยอดเยี่ยม____ Good ดี____ Average ปานกลาง____ Fair แย่____ Poor ไม่ดี____

Review of system ระบบการทำงานของร่างกาย (Check ✓ all that apply **ทำเครื่องหมาย ✓ ทุกข้อที่เกี่ยวข้อง**)

Constitutional ทั่วไป

___ Fever ตัวร้อน

___ Chills หนาวบ่อย

___ Night sweats เหงื่อออกตอนนอน

___ Weakness เหนื่อย

___ Fatigue อ่อนล้า

___ Unexplained weight loss น้ำหนักลดกระทันหัน

Eyes ตา

___ Difficulty seeing ปัญหาในการมอง

___ Pain เจ็บ

___ Discharge ของเหลวไหลออก

___ Blurred/double vision มองไม่ชัด

Ears หู

___ Difficulty hearing ปัญหาในการได้ยิน

___ Ringing (Tinnitus) หูอื้อ

___ Pain เจ็บ

___Discharge ของเหลวไหลออก

Nose จมูก

___ Pain เจ็บ

___ Discharge ของเหลวไหลออก

___ Bleeding เลือดออก

Mouth/Throat ปากและคอ

___ Difficulty swallowing ปัญหากลืนอาหาร

___ Pain เจ็บ

___ Sores เจ็บคอคันคอ

___ Pain in taste แยกรสอาหารไม่ได้

GI/GU ระบบทางเดินอาหาร**/**อวัยวะสืบพันธุ์

___ Change in appetite ความอยากอาหารเปลี่ยนไป

___ Abdominal pain อาการปวดท้อง

___ Vomiting อาเจียน

___ Diarrhea ท้องเสีย

___ Constipationท้องผูก

___ Painful Urination เจ็บปวดเมื่อปัสสาวะ

___ Frequent urination ปัสสาวะบ่อย

___ Incontinence กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

Cardio/Respiratory หัวใจ/ระบบทางเดินหายใจ

___ Heart murmur เสียงฟู่ของหัวใจ

___ Chest pain เจ็บหน้าอก

___ Palpitations ใจสั่น

___ Difficulty breathing หายใจลำบาก

___ Coughing อาการไอ

___ Wheezing หายใจดังเสียงฮืด ๆ

___ Blue hands/feetมือ/เท้าสีม่วง

___ Swollen extremitiesแขนขาบวม

Musculoskeletal pain ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก **/ Paranesthesia** รู้สึกคัน เสียว หรือแสบร้อน รู้สึกเหมือนโดนของแหลมทิ่ม

___ Neck คอ

___ Upper extremity แขน มือ

___ Upper back หลังหัวไหล่ช่วงบน

___ Lower extremity ขา

___ Lower back หลังส่วนล่าง

Neurologicalระบบประสาท

___ Headaches ปวดหัว

___ Dizziness เวียนหัว

___ Fainting อ่อนล้า

___ Convulsions อาการชัก

Breasts/Genitals หน้าอก/อวัยวะเพศ

___ Mass/Lump มวล/ก้อน

___ Pain เจ็บ

___ Discharge ของเหลวไหลออก

___ self-exam ตรวจเอง

Psychological จิตวิทยา

___ Anxiety ความวิตกกังวล

___ Depression ภาวะซึมเศร้า

___ Mood swings อารมณ์แปรปรวน

___ Memory loss ความจำเสื่อม

Skin ผิวหนัง

___ Rash ผื่น

___ Itching อาการคัน

___ Discoloration เปลี่ยนสี

___ Hair change เปลี่ยนลักษณะของเส้นผม

___ Nail change เปลี่ยนลักษณะของเล็บ