

# CIVIC CENTER CHIROPRACTIC

MARK R. DULBERG, D.C., Q.M.E., C.C.S.P.

244 CIVIC CENTER STREET  
RICHMOND, CA 94804  
Phone (510) 236-7800  
Fax (510) 236-7803

Today's Date: \_\_\_\_\_

Dia de hoy: \_\_\_\_\_

Patient's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Social Security #: \_\_\_\_\_ Home Phone #: ( ) \_\_\_\_\_  
Numero del seguro social \_\_\_\_\_ Numero de casa: \_\_\_\_\_

Cell Phone#: ( ) \_\_\_\_\_  
Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Marital Status (circle one) Married - Single - Widow - Divorced - Separated Age of Children \_\_\_\_\_  
Estado Civil: (circule uno) casado soltero viudo divorciado separado Edad de sus hijos chicos: \_\_\_\_\_

Employer Name: \_\_\_\_\_ Work Phone ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_

Employer Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Domicilio del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Occupation/Duties: \_\_\_\_\_ How Long \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_  
Ocupacion/su deber" \_\_\_\_\_

Name of Spouse or Parent \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Phone/Cell #: \_\_\_\_\_  
Nombre de esposo(a) o Padre: \_\_\_\_\_

In Emergency, contact: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone/ Cell#: \_\_\_\_\_  
En cosa de Emergencia, contactar: (relative / friend)

Is your injury the result of?: Auto Accident ( ) Work Injury ( ) Other ( )  
Es la lesion el resultado de? Accidente de Automobil Accidente de Trabajo Otro tipo de accidente:

PRESENT MAJOR COMPLAINTS: \_\_\_\_\_  
INDIQUE O PRESENTE QUEJAS PRINCIPALES: \_\_\_\_\_

Date of Injury/Accident: \_\_\_\_\_  
Fecha de Herida/Accidente: \_\_\_\_\_

Is there a possibility you are pregnant? (circle one) YES NO NA (No aplicable)  
Hay posibilidad que esta embarazada?

Have you ever had chiropractic care before? \_\_\_\_\_ If yes: When and Where? \_\_\_\_\_  
Has tenido cuidado quiropractico antes? Si la respuesta es "SI": Cuando y donde?

Please mark an ( X ) to the symptoms you felt after the current injury/accident :

Por favor marque (X) a los síntomas que sintió después de la herida/accidente (presentemente):

- |                                    |   |  |  |                          |
|------------------------------------|---|--|--|--------------------------|
| ( ) headaches<br>dolor de cabeza   | ( ) neck pain/stiffness<br>dolor/rigidez del cuello   | ( ) high blood pressure<br>hipertensión            | ( ) nervousness<br>nerviosismo             | ( ) dizziness<br>mareo   |
| ( ) leg pain<br>dolor en la pierna | ( ) pain between shoulders<br>dolor entre los hombros | ( ) menstrual problems<br>problemas menstruales    | ( ) cancer<br>cáncer                       | ( ) diabetes<br>diabetes |
| ( ) arm pain<br>dolor en el brazo  | ( ) low back pain<br>dolor en la espalda              | ( ) breathing problems<br>problemas de respiración | ( ) heart problems<br>problemas de corazon | ( ) asthma<br>asma       |
| ( ) numbness<br>entumecimiento     | ( ) digestive problems<br>problemas digestivas        | ( ) Other: _____<br>Otros sintomas                 |  |                          |

TIENE SEGURO DE SALUD?

DO YOU HAVE HEALTH INSURANCE : Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Blue Cross/Aetna/Kaiser, etc. -or- Auto Ins. Med-Pay)  
(If "YES", please show Car Insurance Information or Health Insurance ID card and ID-or-DL upon request)

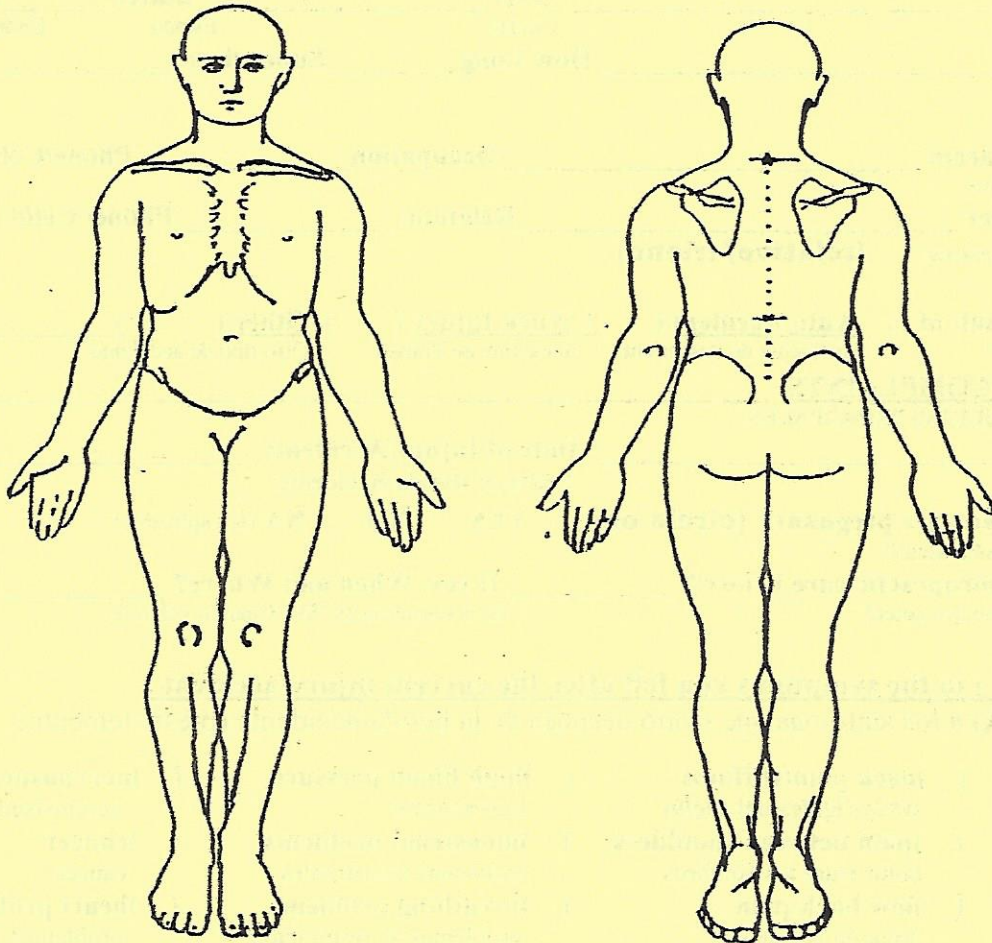
WHOM CAN WE THANK FOR REFERRING YOU? \_\_\_\_\_

**PAIN DRAWING**

(Dibujo para que apunte su dolor)

- Please mark a **(P)** where you are experiencing **“PAIN”**  
(apunte) (donde sienta) (dolor)
- Please mark a **(N)** where you are experiencing **“NUMBNESS”**  
(apunte) (donde sienta) (entumido)
- Please mark a **(T)** where you are experiencing **“TINGLING”**  
(apunte) (donde sienta) (hormigueo)

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente) (please print)



**Other comments:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **INFORMED CONSENT TO CHIROPRACTIC ADJUSTMENTS AND CARE**

I hereby request and consent to the performance of chiropractic adjustments and other chiropractic procedures, including various modes of physical therapy and diagnostic x-rays, on me (or on the patient named below, for whom I am legally responsible), by Dr. Mark R. Dulberg, D.C. and/or other licensed doctors of chiropractic who now or in the future treat me while employed by, working or associated with or serving as back-up for Dr. Mark R. Dulberg, D.C.

I have had an opportunity to discuss with the doctor of chiropractic and/or with other office or clinic personnel the nature and purpose of chiropractic adjustments and other procedures. I understand that results are not guaranteed.

I understand and am informed that, as in the practice of medicine, in the practice of chiropractic there are some risks to treatment, including, but not limited to, fractures, disc injuries, strokes, dislocations, and sprains. I do not expect the doctor to be able to anticipate and explain all risks and complications, and I wish to rely on the doctor to exercise judgment during the course of the procedure which the doctor feels at the time, based upon the fact then known, are in my best interests.

I have read, or had read to me, the above consent. I have also had an opportunity to ask questions about its content, and by signing below I agree to the above-named procedure. I intend this consent form to cover the entire course of treatment for my present condition and for any future condition(s) for which I seek treatment.

### **“SPANISH” INFORMO CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO QUIROPRACTICO**

Yo por este medio solicito y doy consentimiento para el acto de ajustamientos quiropracticos y otros procedimientos, incluyendo distintas maneras de terapia fisica y diagnostica de radiografias, para mi (o en el paciente nombrado debajo, por quien soy legalmente responsable) de parte de Mark R. Dulberg, D.C. y/o otros doctores que son quiropracticos que ahora y en el futuro me den tratamiento mientras esten empleados por, trabajando o asociados con o sirviendo o sean respaldo para el Dr. Mark R. Dulberg, D.C.

Yo he tenido la oportunidad de discutir con el doctor de quiropractico y/o otro personal de oficina o clinica las intenciones de recibir ajustamientos quiropracticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no son garantizados.

Yo entiendo y soy informado que, en el metodo de medicina, metodo de quiropractico hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, y no limitando, fracturas, perjuicio de disk, ataques, dislocaciones, y lastimadas. No espero que el doctor pueda anticipar y explicar los riesgos y complicaciones, y yo deseo confiar en la opinion del doctor en que haga lo apropiado durante el curso del procedimiento que sienta necesario, bajo el echo en tal caso conocido, esta bajo mi mejor interes.

Yo he leído, o me leyeron, el consentimiento de arriba. También he tenido la oportunidad de preguntar acerca de lo contenido, firmando abajo acepto los procedimientos nombrado arriba. Yo propongo que esta forma de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mi condicion presente and para cualquier condicion(es) en el futuro el cual yo solicite tratamiento.

---

**Patient's signature**

*Firma del paciente*

**Date**

*Dia*

---

**Signature of Parent/Guardian**

*Firma del Pariente/Guardian*

**Date**

*Dia*

---

**Relationship to patient if Minor**

*Relacion al paciente de menor de edad*

Mark R. Dulberg, D.C  
244 Civic Center Street  
Richmond, CA 94804  
(510) 236-7800

### **PATIENT RESPONSIBILITY**

I understand that this chiropractic office will prepare any necessary reports and forms to assist me in making collections for the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to this chiropractic office will be credited to my account upon receipt. However, I clearly understand and agree that all services rendered to me are charges directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered to me will be immediately due and payable. I agree to pay reasonable collection fees and/or attorney fees and court costs. Interest will be charged at the rate of 1% per month for all balances over 30 days. A \$25.00 fee will apply for all cancelled checks. A \$25.00 fee will be charged for each missed appointment, unless we are notified prior to the appointment time.

### **"SPANISH" RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Entiendo que esta oficina chiropractica preparará cualquier informe necesario y formas para asistirme en la fabricación de colecciones para la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a pagarse directamente a esta oficina chiropractic se acreditará a mi cuenta sobre el recibo(recepción). Sin embargo, claramente entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios dados a mí son gastos directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado y tratamiento, cualquier honorario de servicios profesionales dados a mí será inmediatamente debido y pagadero. Consiento en pagar comisiones de cobro razonables y/o honorarios del abogado y costos del tribunal. El interés se cobrará(se cargará) a razón del 1% por mes por todos los equilibrios más de 30 días. Unos honorarios de \$25.00 solicitarán todos los cheques anulados. Unos honorarios de \$25.00 se cobrarán por cada cita perdida, a menos que nos notifiquemos antes de la hora de la cita.

\_\_\_\_\_  
**Patient's Signature**  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*Dia*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**  
*Firma del Pariente/Guardian*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*Dia*

\_\_\_\_\_  
**Relationship to patient if Minor**  
*Relacion al paciente de menor de edad*

### **CONSENT TO TREAT A MINOR (IF APPLICABLE)** (Consentimiento de dar tratamiento a un menor de edad)

I, \_\_\_\_\_ the parent or guardian of \_\_\_\_\_  
(Yo) (el padre or guardian de)  
give my consent to treat the above named minor for chiropractic treatments.  
(doy el consentimiento de que el menor mencionado arriba reciba tratamiento chiropractico.)

\_\_\_\_\_  
**Signature/Firma**

\_\_\_\_\_  
**Date/Dia**

**Witness/Testigo:** \_\_\_\_\_