

THE SPINE DOC

1518 Montclair Road  
Birmingham, AL 35210

Anita Herring, I-ACT  
Phone (205)951-3330 Fax (205)951-3352

HISTORIA CONFIDENCIAL  
CONFIDENTIAL HISTORY

Please PRINT and answer all questions:

Porfavor IMPRIMA y responde todas las pregunta:

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_  
Address/Direccion \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip/Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Cell##/#de celular: \_\_\_\_\_ Work##/#de trabajo: \_\_\_\_\_  
Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Why have you chosen to have a Colonic/Colon Hydrotherpay session(s)? Please check all that apply:

Por qué ha elegido tener una sesión(s) de hidroterapia de colon? Por favor marque todos los que apliquen:

Doctor suggested or prescription \_\_\_ Personal right to self treat \_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Sugerencia o prescripción médica \_\_\_ Derecho personal a tratarse a sí mismo \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**\*Contradicciones:\* Alguna vez ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes:**

- Hernia Abdominal
- Cirugía Abdominal
- Distensión Abdominal
- Insuficiencia Hepática Aguda
- Anemia
- Aneurisma - Todos los tipos
- Carcinoma de Colon
- Condición Cardíaca
- Enfermedad de Crohn
- Está tomando actualmente algún medicamento que pueda debilitar las paredes intestinales?

- Colitis
- Paciente de Diálisis
- Diverticulosis/Diverticulitis
- Fisuras y Fístulas
- Hemorragia
- Hemorroidectomía
- Perforaciones Intestinales
- Lupus
- Embarazada/Fecha de Parto \_\_\_\_\_
- Cirugía Rectal/de Colon
- Insuficiencias Rectales
- Endometriosis

- Infección de Vejiga
- Sangre en Heces
- Las evacuaciones intestinales son dolorosas/difíciles?
- Ardor/Picazón en ano
- Hipertensión
- Enfermedades Infecciosas
- Hemorroides
- Sangrado Rectal
- Enema de Bario Reciente
- Colonoscopia Reciente
- Estreñimiento
- Usa Laxantes
- Vómitos
- ¿Con qué frecuencia tiene evacuaciones intestinales?

Are you under a doctor's care? \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ Explicar: \_\_\_\_\_

I have **never** been diagnosed with any contradictions for colon irrigation. ( See above list box\*.) I am aware that colon irrigation and enema device user facilities are not Physicians and therefore do not insert, diagnose or prescribe. I am aware adverse events such as perforations, injury and illness have been alleged and claimed with the use of colon irrigation and enema devices. I am responsible for my own self-insertion. If I experience resistance during the insertion. I will immediately stop my session. If during the session I experience discomfort or pain, I am responsible for immediately stopping my session. This facility does not claim to cure or treat any condition or disease.

**Nunca** me han diagnosticado ninguna contradicción para la irrigación de colon. (Consulte el cuadro de lista anterior) Soy consciente de que las instalaciones para usuarios de dispositivos de irrigación de colon y enema no son médicos y, por lo tanto, no insertan, diagnostican ni prescriben. Soy consciente de que se han alegado y reclamado eventos adversos como perforaciones, lesiones y enfermedades con el uso de dispositivos de enema e irrigación de colon. Soy responsable de mi propia auto-inserción. Si experimento resistencia durante la inserción. Detendré inmediatamente mi sesión. Si durante la sesión experimenté molestias o dolor, soy responsable de detener inmediatamente mi sesión. Esta instalación no pretende curar o tratar ninguna condición o enfermedad.

CLIENT/CLIENTE: X \_\_\_\_\_ DATE/FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(For clients 18 or under, the signature & attendance of the parent or guardian for insertion is required.)*

*(Para clientes menores de 18 años, se requiere la firma y asistencia del padre o tutor para la inserción.)*

Date/Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dr. Phone/Telefono del Medico: \_\_\_\_\_ Prescription Attached/ Receta adjunta \_\_\_\_

Medical Provider/Proveedor Medico: X \_\_\_\_\_ Printed Name/Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Specific Instructions/Instrucciones Especiales (si las hay): \_\_\_\_\_

License ### de Licencia: \_\_\_\_\_ State of/Estado de \_\_\_\_\_ Location/Ubicación \_\_\_\_\_