

DATOS PERSONALES

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____

Dirección _____

Línea 2 - Número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono celular ____-____-____ Número de teléfono de casa ____-____-____ Número de teléfono de trabajo ____-____-____

Correo electrónico _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo Masculino Femenino

Estatura ____' ____" Peso _____ lbs

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Numero de Niños _____ Nombre del cónyuge _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre _____

Teléfono ____-____-____ Relación con la persona _____

INSURANCE INFORMATION

¿Tienes seguro?

Sí No

Nombre de la
compañía de
seguro _____

Teléfono _____

Dirección Línea
1 _____

Dirección Línea
2 _____

Ciudad _____

Estado _____

Código
Postal _____

Número de
póliza _____

Número
de grupo _____

Nombre de la
persona
asegurada _____

Fecha de
nacimiento de
la persona
asegurada _____ / _____ / _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL.

Médico que lo refirió _____

Información de
contacto. _____

Paciente que lo
refirió _____

¿Ha contratado los servicios de algún
abogado?

Sí No

¿Como se enteró sobre nuestros servicios?

Referencia personal Anuncio publicitario Redes sociales Mercadeo directo Internet

RAZÓN DE LA VISITA

¿Cuál es la fecha de su cita programada?

___ / ___ / _____

¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

- Menos de 5 días (Agudo)
 Entre 5 y 30 días (Grave)
 Más de 30 días (Crónico)

¿Qué causó esta condición

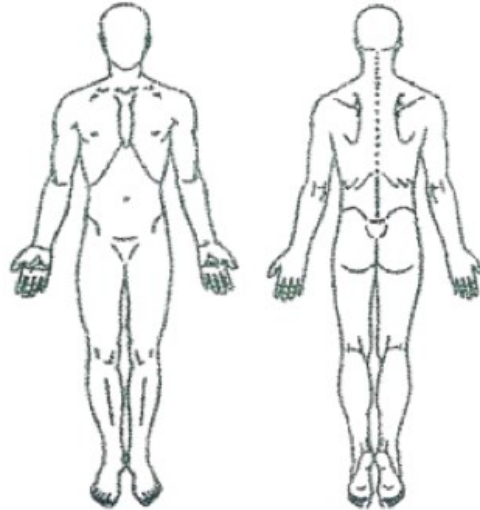
¿A partir de qué fecha inicio esta condición? (Omita la fecha al accidente)

___ / ___ / _____

¿Qué término (s) describe mejor su incomodidad?

En la gráfica derecha, por favor indique los síntomas dibujando los símbolos apropiados.

- D – Dolor
- E – Entumecimiento
- DE – Debilidad
- P – Punzadas
- PI – Picazón



En una escala del 1 al 10, siendo 10 el más severo, ¿Cómo califica su molestia?

Ninguno

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Inaguantable

¿Con qué frecuencia sientes esta incomodidad?

- Constante Frecuente Ocasional Intermitente

¿Cómo ha cambiado esta queja desde el inicio?

- Empeorado Se quedó igual Mejorado

¿Qué actividad se ve afectada más significativamente por este malestar? (Explain)

¿Qué tratamiento, en su caso, ha recibido desde el accidente?

¿Qué agrava esta condición? Elija todo lo que corresponda

¿Qué mejora esta condición o te da alivio?

¿Han realizado otros proveedores de atención médica pruebas relacionadas con esta afección?

¿Alguna vez has tenido episodios previos de esta condición?

SALUD ACTUAL

Aparte de la información ya proporcionada, ¿Tiene preocupaciones de salud adicionales relacionadas con alguno de los siguientes?

Músculos, huesos o articulaciones No Sí Explicar: _____

Nervios, dolores de cabeza, mareos o emocionales No Sí Explicar: _____

Cabeza, Ojos, Orejas, Nariz o Garganta No Sí Explicar: _____

Corazón, presión arterial o circulación No Sí Explicar: _____

Falta de aliento, tos, asma o condición pulmonar No Sí Explicar: _____

Estómago, intestinos o condiciones digestivas No Sí Explicar: _____

Condiciones genitales, vesicales o urinarias No Sí Explicar: _____

Diabetes, tiroides o afecciones glandulares No Sí Explicar: _____

Condiciones de la piel o sangrado No Sí Explicar: _____

Alergias o sensibilidades No Sí Explicar: _____

HISTORIAL PERSONAL Y FAMILIAR

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgicos?

No Sí Explicar: _____

¿Existe alguna enfermedad o afecciones pasadas que debemos tener en cuenta?

No Sí Explicar: _____

¿Tiene antecedentes de accidentes o traumas?

No Sí Explicar: _____

¿Existe alguna enfermedad o afecciones pasadas que debemos tener en cuenta?

No Sí Explicar: _____

¿Actualmente estás tomando algún medicamento?

No Sí Explicar: _____

¿Tiene antecedentes de enfermedades hereditarias, como diabetes, cáncer, hipertensión y enfermedades neurológicas progresivas de las que deberíamos estar conscientes?

No Sí Explicar: _____

HÁBITOS SOCIALES Y LABORALES

Hábitos de trabajo actuales - Elija todo lo que corresponda.

- Permanentemente completamente discapacitado
- Permanentemente parcialmente discapacitado
- No puede trabajar debido a la condición actual
- Tiempo completo (20-40 + horas / semana)
- Tiempo parcial (1-19 horas / semana)
- Retirado
- Estudiante
- Amo(a) de casa
- Desempleado(a)

Hábitos sociales personales - Elija todo lo que corresponda.

- Fumar o consumir productos del tabaco
- Beber alcohol
- Tomar cafeína
- Usar drogas recreativas
- Otro, para ser discutido con el médico

Hábitos de ejercicio actuales - Elija todo lo que corresponda.

- No hay ejercicios actuales
- Ejercicios diarios
- Ejercicios 3+ veces por semana
- No se puede volver a hacer ejercicio debido a la condición actual.

Dieta y hábitos alimenticios - Elija todo lo que corresponda.

- Vegano o vegetariano
 - Suplementos diarios
 - Other
-

SALUD DEL HOMBRE

¿Tiene algún dolor o protuberancia en su escroto o testículos? Sí No

¿En algún momento ha sido o tiene su libido afectado (Salud sexual)? Sí No

¿Tiene segregación desde su pene? Sí No

¿Tiene condiciones prostáticas? Sí No

¿Cuándo fue el último examen prostático? El año pasado De 1 a 4 años
 Hace más de 5 años Nunca me he tomado el examen de la próstata
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuándo fue el más reciente examen (Antígeno prostático específico) sanguíneo? El año pasado De 1 a 4 años
 Hace más de 5 años Nunca he practicado el examen sanguíneo PSA
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuál fue su nivel de PSA (antígeno prostático específico) en su última prueba? Normal o bajo Moderado
 Alto Nunca me he practicado el examen PSA
 Prefiero no responder / No sé

SALUD LA MUJER

¿Se encuentra en estado de embarazo?

Sí No

¿Se encuentra en estado de lactancia?

Sí No

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

Sí No

¿Experimenta periodos menstruales dolorosos?

Sí No

¿Tienes ciclos menstruales irregulares?

Sí No

¿Tiene implantes de seno?

Sí No

¿Se practica el autoexamen de mama?

Sí No

¿Toma vitaminas para el reemplazamiento de hormonas?

Sí No

¿Toma anticonceptivos vía oral?

Sí No

¿Cuándo tomo la última prueba del Papanicolaou?

El año pasado
 De 1 a 4 años
 Hace más de 5 años
 Nunca me he practicado el PAP
 Prefiero no responder / No sé

El año pasado
 De 1 a 4 años
 Hace más de 5 años
 Nunca me he practicado el examen de mamografía
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuándo fue su última menstruación? (Responda si sigue menstruando)

Mes pasado o actualmente
 De 1 a 3 meses
 Más de 3 meses
 Postmenopáusico
 No ha comenzado a menstruar
 Prefiero no responder / No sé

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Certifico que yo soy el paciente o amparador legal mencionado anteriormente. He leído y entendido la información y certifico que es verdadero y preciso a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la recopilación y uso de la información anterior a esta oficina quiropráctica. Autorizó a esta oficina y a su personal para examinar y tratar mi condición según lo consideren los médicos. Por la presente autorizó al doctor a divulgar toda la información necesaria a cualquier compañía de seguro, abogado o corredor de seguro para el propósito del reembolso de la reclamación de los cargos incurridos por mí. Otorgó el uso de mi declaración de autorización con mi firma para las presentaciones de seguro requeridas. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados me serán cobrados, y yo soy responsable del pago oportuno de dichos servicios. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud/accidente es un arreglo entre las compañías de seguro y yo. Entiendo que los honorarios por servicios profesionales serán cancelados inmediatamente debido a la suspensión o terminación de mi cuidado o tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____