



Chiropractic & Injury Rehab

# Informacion Confidential del Paciente

SO NESESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULATIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA, JACKY.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Su ocupación: \_\_\_\_\_ Su empleador: \_\_\_\_\_

Referido a esta oficina por:  Páginas Amarillas  Correo  En la Clinica

Otro \_\_\_\_\_  Amigo(a) - Nombre: \_\_\_\_\_

Pago será:  Seguro Médico  Seguro de Automovil  Indemnización de Trabajo

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros?:  Si  No Nombre: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA-FAMILIAR

Y=YO

M=MADRE

P=PADRE

(Favor de indicar en el espacio apropiado que condicion ha(n) experimentado)

Y M P

SIDA

anemia

artritis

asma

dolor de espalda

problemas con vejiga

rotura de huesos

cancer

dolor de pecho

conmoción

convulsiones

diabetes

indigestion

Y M P

dislocación de coyunturas

epilepsia

arampión

dolores de cabeza

problemas del corazón

desordenes al sist. reproductivo

presión alta

HIV/ARC

desordenes con el riñón

mal movimiento de intestinos

cólicos menstruales

distrofia muscular

esclerosis en placas

Y M P

dolor de cuello

nerviosismo

entumecimientos

polio

circulación pobre

hepatitis

iebre reumática

reumatismo

escarlatina

serios daños

problema seno

enfermedad venerea

tuberculosis

Ha sido tratado por un doctor en el último año por alguna dolencia?  Si  No

Describe la condición: \_\_\_\_\_

Fecha de último chequeo medico: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRURGICA:**

- 1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez un implante metálico?:  Si  No      Le han baleado alguna vez?:  Si  No

**HISTORIA DE ACCIDENTES:**  Trabajo  Automovil  Otro 1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Trabajo  Automovil  Otro 2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Trabajo  Automovil  Otro 2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Usted toma bebidas alcoholicas?  Si  No      cuanto por semana?: \_\_\_\_\_

Usted usa productos con tabaco/fuma?  Si  No      cuantos paquetes por día: \_\_\_\_\_

Toma suplementos con vitaminas?  Si  No      por favor enlistar: \_\_\_\_\_

Usted consume cafeina?  Si  No      cuanto por día?: \_\_\_\_\_

Usted hace ejercicio?  Si  No      cual es la frecuencia y tipo de ejercicio \_\_\_\_\_

Cuales son sus pasatiempos: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DESCRIBA SUS MALESTARES PRINCIPALES:**

Por favor enumere sus sintomas 1-10 (1 siendo el dolor me nos doloroso y 10 siendo el mas fuerte)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

SINTOMAS SON PEORES EN  MAÑANA  TARDE  NOCHE  
CUANDO Y COMO SUCEDIERON? \_\_\_\_\_

SINTOMAS SE DESARROLLARON DE:  LESION EN EL TRABAJO  ACCIDENTE AUTO  
 ACCIDENTE  OTRO  ENFERMEDAD  MOTIVO NO CONOCIDO  
 GRADUALMENTE: Fecha que ocurrio: \_\_\_\_\_

SINTOMAS PERSISTEN POR #: \_\_\_\_\_ HORA(S) \_\_\_\_\_ DIA(S) \_\_\_\_\_ SEMANA(S) \_\_\_\_\_ MES(ES) \_\_\_\_\_ AÑO(S)

SINTOMAS/MALESTAR:  VIENEN Y SE VAN  CONSTANTES

HA TENIDO ESTOS SINTOMAS ANTES:  NO  SI CUANDO? \_\_\_\_\_

SI USTED FUERA ADIVINAR, QUE PIENSA LE ESTA CAUSANDO ESTE MALESTAR? \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR QUE LO HA TRATADO PREVIAMENTE DE ESTA CONDICION(ES):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO  NO  SI DE QUE TIPO? \_\_\_\_\_

ESTA BAJO MEDICAMENTO  NO  SI DE QUE TIPO? \_\_\_\_\_

ESTA EMBARAZADA  NO  SI FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE AGRAVAN SU CONDICION:**

- INCLINARSE  EXTENDERSE  PUJAR  TOSER  SENTARSE  DOBLAR LA CABEZA  
 CARGAR  ESTORNUDAR  CAMINAR  ESTAR PARADO

**POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE ALIVIA SU CONDICION:**

- INCLINARSE  SENTARSE  CARGAR  ESTAR PARADO  ACOSTARSE  DOBLAR LA CABEZA  
 EXTENDERSE  CAMINAR

**POR FAVOR MARQUE CUALQUIER OTRO SINTOMA ADICIONAL QUE ESTA EXPERIMENTANDO:**

- visión borrosa  zumbido en los oídos  pies fríos  manos frías  sudores fríos  
 pérdida de concentración/confusión  estreñimiento  depresión/llantos  diarrea  mareos  cara roja  
 desmayos  fatiga  fiebre  cabeza pesada  dolores de cabeza  insomnia  luz molesta los ojos  
 perdida de equilibria  pérdida de olfato  perdida de sabor  no resiste el frío  movimiento de músculos  
 entumecimiento de las manos  entumecimiento de los pies  como agujas en los brazos  
 como agujas en las piernas  zumbido en los oídos  falta de aire  cuello tieso  dolor de estómago

**AUTORIZACION Y LIBERACION:** YO AUTORIZO DIRECTAMENTE LOS PAGOS DE BENEFICIOS DE SEGURO AL QUIROPRÁCTICO O A SU OFICINA QUIROPRÁCTICA. YO AUTORIZO AL MÉDICO PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA COMUNICARSE CON LOS MÉDICOS PERSONALES Y OTROS PROVEEDORES DE SALUD Y LOS PAGADORES PARA ASEGURAR LOS PAGOS DE BENEFICIOS. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FOR TODOS LOS COSTOS DEL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, INDEPENDIEMENTE DE LA COVERTURA MEDICA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SUSPENDO O TERMINO MI PROGRAMA DE CUIDADO SEGÚN LO DETERMINÓ MI DOCTOR DE TRATAMIENTO, CUALQUIERA CUOTA POR SERVICIOS PROFESIONALES SERÁN INMEDIATAMENTE DEBIDO Y PAGABLE

EL PACIENTE ADMITE Y ACUERDA PERMITIR QUE ESTA OFICINA QUIROPRÁCTICA USE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA EL PROPOSITO DE TRATAMIENTO, EL PAGO, LAS OPERACIONES DE SALUD Y LA COORDINACIÓN DEL CUIDADO. QUEREMOS HACERLE SABER CÓMO SE UTILIZA SU INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE EN ESTA OFICINA Y SUS DERECHOS RELATIVOS A ESTOS REGISTROS. SI USTED DESEA TENER UNA CUENTA MAS DETALLADA DEL AS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE CONCIERNEN LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE, LE ANIMAMOS QUE LEA EL AVISO DE HIPPA QUE ESTA DISPONIBLE PARA USTED CON LA RECEPCIONISTA ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. SI HAY ALGUIEN QUE USTED NO QUI ERA QUE RECIBA SU EXPEDIENTE MEDICO, POR FAVOR INFORMAR A LA OFICINA.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_