



Historial de Salud Personal y Familiar

Nombre _____ Referido por: _____
 Fecha _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección _____ Ocupación _____
 Ciudad _____ Estado _____ Empleado _____
 Código Postal _____ Teléfono:(C) _____ Estado Civil S C D V
 Correo electrónico _____ Contacto de emergencia _____
 (Usamos correo electrónico para confirmar citas) Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ (Edad _____)

Información de seguro médico: Por favor provee una copia de su tarjeta de seguro médico a la recepcionista.

¿Es usted el asegurado principal? S N Dirección del asegurado o igual que el anterior: _____
 Si no, nombre del _____
 asegurado: _____ Ciudad _____ Estado _____
 Relación al asegurado: Esposo/a- Hijo/a- Otro Código postal _____
 Fecha de nacimiento del _____ Número de Teléfono: _____
 asegurado: _____ E-Mail _____
 Seguro social del asegurado: _____

Condición de Salud Actual

Describe la razón por la que usted nos visita hoy _____
 Dolor o problema empezó en _____ ¿Que pasó? _____
 Queja secundaria _____
 Otras condiciones de salud _____
Solo mujeres: Más reciente ciclo menstrual: _____ ¿Está embarazada? S N Fecha de parto: _____

¿Qué mejor describe la frecuencia de sus síntomas?:

Constante (76-100%) Frecuente (51-75%) Intermitente (26-50%) Ocasional (0-25%)

¿Qué mejor describe el cambio en sus síntomas?

Es peor en la mañana Es peor en la tarde Es peor en la noche

Cambia con el clima No cambia

¿Qué ayuda aliviar sus síntomas? Hielo Calor Medicamentos Nada ayuda Otro _____

¿Qué actividades son limitadas por sus síntomas?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Doblarse | <input type="radio"/> Levantarse | <input type="radio"/> Sentarse | <input type="radio"/> Caminar |
| <input type="radio"/> Movimientos intestinales | <input type="radio"/> Levantar cosas | <input type="radio"/> Dormir | <input type="radio"/> Trabajar |
| <input type="radio"/> Toser | <input type="radio"/> Acostarse | <input type="radio"/> Estornudar | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Rutina diaria | <input type="radio"/> Jalar | <input type="radio"/> Parado | |
| <input type="radio"/> Manejar | <input type="radio"/> Empujar | <input type="radio"/> Voltar la cabeza | |
| | <input type="radio"/> Leer | <input type="radio"/> Orinar | |

¿Ha visitado un quiropráctico antes? S N Nombre del doctor: _____

Médico de atención primaria: _____

¿Qué medicamento está tomando? _____

Por favor especifique la fecha aproximada de su más reciente:

Rayos X _____ MRI _____ CT scan _____ Examen físico _____

¿Ha probado otros tratamientos para esta condición? S N Nombre del doctor _____
 ¿Está empeorando progresivamente su condición?
 ¿Fue un accidente de trabajo? S N ¿Ha informado el accidente a su empleador? S N
 ¿Fue un accidente de automóvil? S N ¿Ha dado un informe de policía? S N
 ¿Ha perdido tiempo en el trabajo por causa de su accidente? S N
 ¿Es paciente de Medicare? S N

Circule todos los que apliquen

¿Fuma? S N ¿Toma bebidas alcohólicas? S N
 ¿Hace ejercicio regularmente? S N ¿Tiene estrés? S N Trabajo Físico Mental
 ¿Cuántos años tiene su colchón? _____ años ¿Cuántos años tiene su almohada? _____ años

Otros síntomas:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nervios/ ansiedad | <input type="checkbox"/> Dedos adormecidos | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Perdida de balance |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Perdida de olfato/
sabor | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Agujas en las piernas
y brazos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | |

Tiene alguna historia familiar de;

	Enfermedades de Corazón	Artritis	Cáncer	Diabetes	Otro _____
Usted tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lado paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lado materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doy mi consentimiento para la realización de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de terapia física en mí (o el paciente abajo, para quien yo soy legalmente responsable)

Entiendo que como en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos para el tratamiento, incluyendo pero no limitado a torceduras, lesiones del disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y agravaciones generales de las enfermedades inflamatorias. Entiendo que tendré la oportunidad de Platicar con un doctor el propósito de los ajustes y procedimientos quiroprácticos. Entiendo que el médico llevará a cabo un examen con el fin de minimizar el riesgo de cuidado; sin embargo, no espero que el médico sea capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Por ello, deseo confiar en el médico para que ejerza su juicio en el curso del procedimiento, lo que el médico sienta en el momento, basado en hechos conocidos, y lo que sea en mi mejor interés. Todas las preguntas con respecto a los objetivos del médico relacionadas con mi atención en esta oficina han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Yo, _____ he leído y entendido las declaraciones anteriores.
 (Nombre)

_____ (iniciales) Por la presente, autorizo a la asignación de mis derechos de seguros y beneficios directamente al proveedor por los servicios prestados. Entiendo perfectamente que soy el único responsable por cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. También autorizo el proveedor a dar cualquier información requerida para procesar mi reclamo. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

_____ (iniciales) He leído el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad y estoy de acuerdo con sus términos.

 (Firma)

 (Fecha)