



## Registro e historial del paciente

Tómese un momento para completar el siguiente formulario de admisión para que podamos obtener toda la información necesaria con respecto a su atención. Si tiene alguna pregunta, solicite ayuda al personal de nuestra oficina.

### Información general

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Nombre Preferido (apodo) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  masculino  femenino

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Seguridad Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Empleador / Escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Casada  Soltera  Divorciado  Viudo  Separado

Contacto De Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ¿Cómo conoció nuestra oficina?

- Google
- Referido por familia / amigo \_\_\_\_\_
- Referido por un proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_
- medios de comunicación social \_\_\_\_\_
- Revista/noticias en línea/guía de acontecimientos locales: \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Por favor presente todas las tarjetas de seguro para fotocopiarlas.

Cobertura de seguro médico actual:  Seguro de salud  Medicare  Medicaid  Ninguno

Compañía de seguro médico primario \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con asegurado: \_\_\_\_\_ Asegurado DOB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cuenta de ahorro para la salud?  Si  No

¿Su condición actual está relacionada con una lesión laboral o un accidente automovilístico??  Si  no

# Cuestionario de salud del paciente - p. 1

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo comenzaron sus síntomas? \_\_\_\_\_ Describe tus síntomas y cómo comenzaron.

2. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas?  
 Constantemente (76-100% del día) Frecuentemente (51-75% del día) Ocasionalmente (26-50% del día) Intermitentemente (0-25% del día)

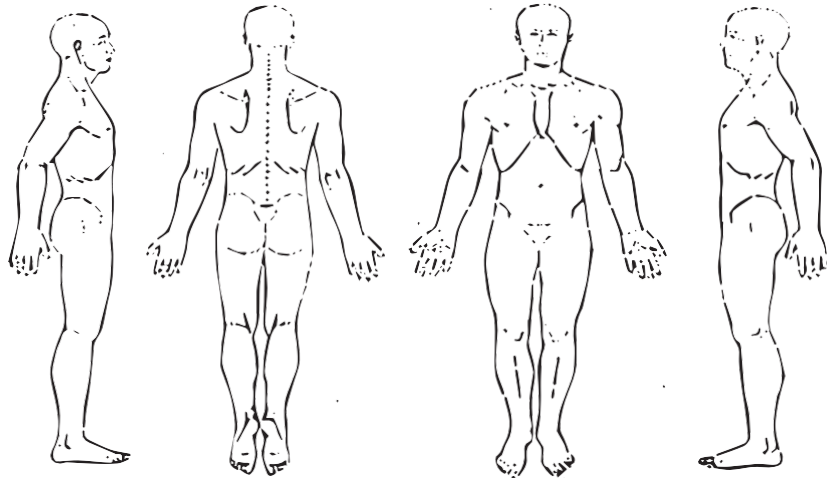
Indique en el diagrama dónde tiene dolor u otros síntomas.:

3. ¿Qué describe la naturaleza de sus síntomas?

- fuerte       disparo
- dolor sordo    ardor
- entumecido    hormigueo

4. ¿Están cambiando sus síntomas?

- mejorando
- no cambiar
- empeorando



5. ¿Qué tan graves son sus síntomas??

- |                 |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-----------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|                 | nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Grave |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| a. ahora mismo: | 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| a. a lo más:    | 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| a. lo peor:     | 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

6. ¿Cómo afectan sus síntomas su capacidad para realizar las actividades diarias?

- |           |   |          |   |   |           |   |         |   |  |
|-----------|---|----------|---|---|-----------|---|---------|---|--|
| ①         | ② | ③        | ④ | ⑤ | ⑥         | ⑦ | ⑧       | ⑨ | ⑩                                      |
| no quejas |   | moderado |   |   | Limitando |   | intenso |   | grave, no es posible ninguna actividad |

7. ¿Qué actividades empeoran sus síntomas?: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué actividades mejoran sus síntomas?: \_\_\_\_\_

9. ¿A quién ha visto por sus síntomas?       Nadie       Doctor medico       Otro \_\_\_\_\_  
 Otro Quiropráctico       Fisioterapeuta

a. ¿Cuándo y qué tratamiento? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué pruebas te has hecho para tu       fecha de rayos x: \_\_\_\_\_       Fecha de la tomografía computarizada: \_\_\_\_\_

Síntomas y cuándo se realizaron?       fecha de resonancia magnética: \_\_\_\_\_       Otra fecha: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha tenido síntomas similares en el pasado?       Si       No

a. si ha recibido tratamiento en el pasado para Síntomas iguales o similares, ¿a quién vio?       Otro Quiropráctico       Medical medico  
 Esta oficina       Fisioterapeuta

11.Cuál es tu ocupación \_\_\_\_\_  
 Ejecutivo Profesional       Obrero       Jubilado  
 Cuello blanco/secretaría       ama de casa       Otro  
 comerciante       Estudiante de FT       Desempleados

12. What do you hope to get from your visit/treatment? (select all that apply)  
 Reduce Symptoms       Explanation of condition/treatment       how to prevent this from occurring again  
 Resume/increase activity       Learn how to take care of this on my own       Other:

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Cuestionario de salud del paciente - p. 2

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio realiza regularmente?  ninguno  Ligero  Moderado  Extenuante

¿Cuál es tu altura y peso? Altura: \_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulg. Peso: \_\_\_\_\_ Libra.

Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, marque la columna anterior si tuvo la condición en el pasado. Si actualmente tiene una de las afecciones que se enumeran a continuación, marque la columna actual

Pasado / Presente	Pasado / Presente	Pasado / Presente
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Productos para fumar/tabaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor lumbar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de hombro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el codo/parte superior del brazo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos renales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección de vejiga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus sistémico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia
 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatitis/Eccema/Erupción cutánea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la cadera/parte superior de la pierna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla/parte inferior de la pierna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso anormal	 
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de tobillo/pie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	Solo mujeres:
 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Control de natalidad
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo hormonal
 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón/rigidez de las articulaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno del hígado/vesícula biliar	 
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	Otros problemas/cuestiones de salud
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atsma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga general	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incoordinación muscular		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos		

Indique si un familiar inmediato ha tenido alguno de los siguientes:

Artritis reumatoide  Problemas cardíacos  Diabetes  Cáncer  Lupus

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, y los suplementos nutricionales/herbarios que esté tomando.

\_\_\_\_\_

Enumere todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido y las veces que ha estado hospitalizado:

\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enumere todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido y las veces que ha estado hospitalizado:

\_\_\_\_\_

# Autorización y Liberación

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi salud y mis servicios de atención médica, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud.

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al médico los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí en virtud de cualquier seguro o plan de salud prepago.

Entiendo que los beneficios cotizados por mi compañía de seguros no son una garantía de pago y todos los cargos se consideran en el momento en que se procesan los reclamos. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios prestados. Acepto que soy responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Acepto notificar a su oficina sobre todos y cada uno de los cambios de seguro que afectarían la presentación de reclamos o el pago del tratamiento que recibo. Entiendo que el pago total vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos.

Firma del paciente o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento informado para tratamiento

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de tratamientos quiroprácticos (también conocidos como ajustes quiroprácticos o tratamiento de manipulación quiropráctica) y procedimientos asociados que pueden incluir, entre otros, exámenes físicos, pruebas de diagnóstico y procedimientos de rayos X y fisioterapia.

Entiendo que con el tratamiento quiropráctico, como con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertos riesgos y complicaciones que pueden surgir. Dichas complicaciones incluyen, entre otras: dolor o malestar posteriores al tratamiento, lesiones de tejidos blandos, dislocaciones y fracturas. Aunque son extremadamente raros, algunos tipos de manipulación se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que provocan o contribuyen a complicaciones, incluido el accidente cerebrovascular. No espero que el médico pueda anticipar todos los riesgos y complicaciones. Deseo confiar en que el médico ejercerá su buen juicio durante el curso del tratamiento que el médico considere en ese momento, basándose en los hechos conocidos en ese momento, que son lo mejor para mí.

La quiropráctica es un sistema de prestación de atención médica y, por lo tanto, como ocurre con cualquier sistema de prestación de atención médica, no podemos garantizar una cura para ningún síntoma, afección o enfermedad como resultado del tratamiento en esta oficina. Al firmar a continuación, declaro que he sido informado y sopeso los riesgos involucrados en el tratamiento quiropráctico. (Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a lo anterior, consulte a su quiropráctico).

Habiendo leído y considerado detenidamente lo anterior, doy mi consentimiento informado para que se me administre un tratamiento quiropráctico.

Firma del paciente o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de prácticas de privacidad de HIPAA

He recibido o rechazo la oportunidad de leer un aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para tratar a un menor (si corresponde)

Habiendo leído detenidamente lo anterior, como padre o tutor legal de, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento informado para permitir que se administren tratamientos quiroprácticos a mi hijo.

Firma del paciente o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_