

### Información Confidencial del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado Civil *S C V D* Hijos \_\_\_\_\_

Núm. De Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

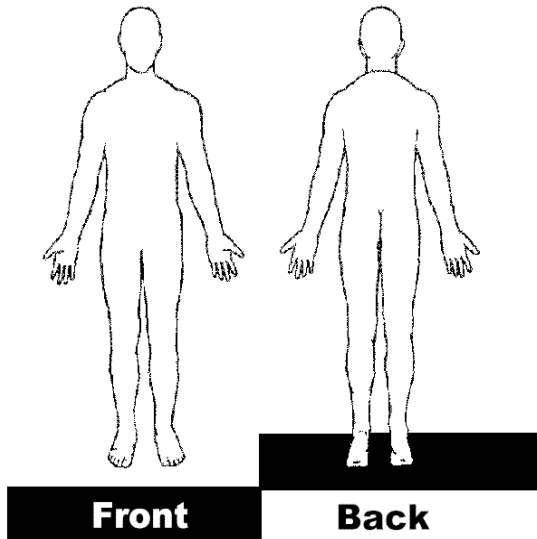
Dirección Del Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Lista de quejas actúales/lesiones y la duración:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marca las áreas de dolor en las siguientes figuras:



Los síntomas están:

( ) Empeorando ( ) Mejorando ( ) no cambian

Lista del los médicos consultados por las quejas presentadas:

Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre de Practica \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Fecha(s) Visto(a) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre de Practica \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Fecha(s) Visto(a) \_\_\_\_\_

0 ----- 5 ----- 10  
Circule su Dolor. 0 = Ninguno, 10 = Inaguantable

Por favor circule condiciones recientes. Póngale  a las condiciones anteriores. Y dé detalles sobre las condiciones marcadas en la parte inferior de la página

- General**
- Dolor de Cabeza
  - Fiebre
  - Escalofríos
  - Sudores
  - Desmayos
  - Mareos
  - Convulsiones
  - Perdida de sueño
  - Cansancio
  - Nerviosidad
  - Aumento/Perdida De Peso
  - Entumecimiento del Brazo
  - Dolor en el Brazo
  - Entumecimiento de La Pierna
  - Dolor en la Pierna
  - Alergias
  - Sibilancias
  - Neuralgia/neuritis
  - Depresión

- La Piel**
- Erupciones en la Piel
  - Comezón
  - Moretones con facilidad
  - Resecada
  - Furúnculos
  - Varices
  - Piel sensible
  - Alergias o Ronchas En la piel

- G/U**
- necesidad frecuente de orinar
  - Sangre en la orina
  - Pus en la orina
  - Infección en Riñón
  - Piedras en los Riñones
  - Orinarse en la Cama
  - Inhabilidad de controlar la orina
  - Problemas de Próstata

- Enfermedades**
- Apendicitis
  - Escarlatina
  - Difteria
  - La Fiebre Tifoidea
  - Neumonía
  - Fiebre Reumática
  - Polio
  - Malaria
  - Tuberculosis
  - Tos Ferina
  - Anemia
  - Sarampión
  - Paperas
  - La Viruela
  - La Varicela
  - Enfermedad Hepática
  - Diabetes
  - Cáncer
  - Enfermedad Del Corazón
  - Bocio
  - Influenza
  - Pleuresía
  - Alcoholismo
  - Infección Venérea
  - Epilepsia
  - Trastorno Mental
  - Eczema
  - Dependencia De Las Drogas
  - Enfisema
  - Asma
  - VIH
  - SIDA
  - \_\_\_\_\_

- EENT**
- Miopía
  - Hipermetropía
  - Bizco
  - Dolor de ojo(s)
  - Sordera
  - Dolor de oreja
  - Secreción de la oreja
  - Hemorragias nasales
  - Obstrucción Nasal
  - Dolor de garganta
  - Ronquera
  - Zumbido en las orejas
  - Asma
  - Problemas en las encías
  - Resfriados Frecuentes
  - Agrandamiento de los Tiroides
  - Inflamación de Las Anginas
  - Sinusitis
  - Secreción Nasal
  - Inflamación de los Ganglios

- Respiratorio**
- Toz crónica
  - Escupir flema
  - Escupir Sangre
  - Dolor de pecho
  - Dificultad para respirar

- G/I**
- Mal Apetito
  - Digestión difícil
  - Hambre excesiva
  - Eructos y Gas
  - Nausea
  - Vomito
  - Vomito con Sangre
  - Dolor sobre el estomago
  - Estreñido
  - Problemas del Colon
  - La Hemorroides
  - Lombrices
  - Problemas en el Hígado
  - Problemas en la vesícula biliar
  - Ictericia
  - Colitis

- Cardiovascular**
- Latidos Rápidos del Corazón
  - Latidos del Corazón Lentos
  - Alta Presión
  - Baja Presión
  - Dolor sobre el corazón
  - Ataque al Corazón Previo
  - Endurecimiento en las Arterias
  - Mala Circulación
  - Derrame Cerebral Paralitico
  - Aneurisma

- Mujeres**
- Menstruación Dolorosa
  - Bochornos
  - Ciclo irregular
  - Cólicos/Dolor de Espalda
  - Aborto involuntario Anterior
  - Flujo Vaginal
  - Bultos en senos
  - Síntomas de Menopausia
  - Embarazo

- Músculos y Coyunturas**
- Cuello Tieso
  - Dolor de espalda
  - Coyunturas Hinchadas
  - Rabadilla dolorosa
  - Dolor en los hombros
  - Hernia
  - Curvatura Espinal
  - Postura Defectuosa
  - La Artritis

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Café, té, refrescos con cafeína (tazas al día) \_\_\_\_\_

Tabaco (paquetes por día) \_\_\_\_\_

Valoración de incapacidad permanente \_\_\_\_\_% Ubicación \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Historia Médica Anterior**

Lista de cirugías, huesos rotos, las visitas a urgencias y ano de Aparición:

\_\_\_\_\_

Lista de accidentes, lesiones y caídas (Auto, Trabajo, Hogar, Ocio):

\_\_\_\_\_

Lista de Medicamentos y/o suplementos dietéticos:

\_\_\_\_\_

**Ocupacional**

Sentado / de pie en el mostrador / banco de trabajo / Contador

Trabajo involucra - elevación \_\_\_\_\_ libras / flexión / agacharse / torcerse / transporte / caminando / de pie

Silla - mesa / banco / heces / plegado / otros \_\_\_\_\_

Zapatos - Tacones / zapatos de piso / tenis / botas / otros \_\_\_\_\_

¿Qué actividades de trabajo empeoran su queja?? \_\_\_\_\_

**Actividades**

Las actividades sedentarias - TV / lectura / juegos de cartas / coser / otros \_\_\_\_\_

Actividades vigorosas - deportes / ejercicio (tipo, frecuencia, tiempo) \_\_\_\_\_

¿Cómo calificar su nivel de estrés?

Ninguno      Mínimo      Moderado      Severo

La Actividad Física

Sedentarias mas de 50% Del día  Trabajo Manual ligero  Trabajo manual  Trabajo Manual Pesado

**Confirmación de Rayos X:** Yo entiendo que los rayos X pueden ser peligrosos para un niño que esta por nacer. En Este momento, yo declaro que no estoy embarazada y doy mi consentimiento para el examen radiográfico.

Firma: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento de un menor de edad:** Por este medio autorizo a esta oficina a administrar el tratamiento quiropráctico que sea necesario para mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_ (Padre/Madre / Tutor)

**Yo entiendo y estoy de acuerdo** en que las pólizas de salud y seguro de accidentes son un acuerdo entre un a compañía de seguros y yo. Asimismo, entiendo que esta oficina quiropráctica puede preparar cualquier reporte necesario y formulario para asistir me en hacer una colección de la compañía de seguro y que cualquier cantidad autorizada a estar pagada directamente a esta oficina será acreditada a mi cuenta en el recibo. Yo claramente entiendo y acepto que todos los servicios suministrados son cargados directamente a mi y que so personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspendo o cancelo mi cuidado y tratamiento, cualquier cargo por servicios profesionales suministrados me será inmediatamente debido y abonable.

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

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información de Contacto

*Por favor proporcione información de contacto para que podamos llamarle acerca de la programación de sus visitas, Cuidado del paciente, y la facturación.*

Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

“Estoy de acuerdo que todos los números de teléfono que fueron proporcionados pueden ser llamados para recibir llamadas telefónicas de un marcador automático, usando un mensaje pre-grabado, de voz artificial o una llamada de operador en vivo. Yo doy mi consentimiento expreso a recibir tales llamadas telefónicas, incluyendo las llamadas a mi teléfono celular.”

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*Por favor proporcione información de contactos de emergencias para que podamos comunicarnos con una persona que pueda actuar en su nombre en el caso de una emergencia:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento Para el Uso o Divulgación de Información Médica**

### **Nuestro Compromiso de Privacidad**

Estamos muy preocupados por proteger su privacidad. Aunque la ley exige que le demos esta revelación, por favor entiendan que siempre respetaremos la privacidad o la información sobre su salud. Hay varias circunstancias en las que puede que tengamos que usar o divulgar su información médica:

- Puede que tengamos que divulgar su información médica a otro proveedor de cuidado de salud o a un hospital, si es necesario que sea referido a ellos para un diagnóstico, evaluación o tratamiento de su condición de salud.
- Puede que tengamos que divulgar su información médica y de facturación a una tercera persona si son potencialmente responsables por el pago de sus servicios.
- Es posible que necesitemos usar su información de salud dentro de nuestra práctica para control de calidad u otros fines operacionales.

Tenemos una notificación más completa que proporciona una descripción detallada de como su información puede ser usada o revelada. Usted tiene el derecho de revisar el aviso antes de firmar este formulario de consentimiento (164.520). Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en el aviso. Si hacemos un cambio en nuestras prácticas de privacidad, se le notificara por escrito cuando regrese para tratamiento o por correo. Por favor, no dude en llamar en cualquier momento para obtener una copia de las notificaciones de privacidad.

### **Su Derecho a Limitar Usos o Revelaciones**

Usted tiene el derecho a solicitar que no divulguemos su información de salud a determinadas personas, empresas u organizaciones. Si desea realizar alguna restricción en el uso o la divulgación de su información de salud, por favor háganoslo saber por escrito. No estamos obligados a aceptar sus restricciones. Sin embargo, si estamos de acuerdo con sus restricciones, la restricción es obligatoria para nosotros.

### **Su Derecho a Revocar su Autorización**

Usted puede cancelar su consentimiento en cualquier momento, pero, su revocación debe ser por escrito. No vamos a poder cumplir con su solicitud de revocación si ya hemos publicado su información de salud. Si usted tiene que dar su autorización como una condición para obtener su seguro, la compañía puede tener el derecho a ver su información de salud si se deciden a contestar cualquiera de sus reclamaciones.

He leído esta póliza de consentimiento y estoy de acuerdo con sus términos.

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Representante Proveedor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha