

# Medina Chiropractic Información Confidencial del Paciente

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Nombre de esposo(a) ó pariente cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Referido a esta oficina por:  Páginas Amarillas  Correo  En la Clínica  Periódico

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/FAMILIA

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

diabetis

indigestion

Y M P

dislocación de coyunturas

epilepsia

sarampión

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

fiebre 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 3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Usted toma bebidas alcoholicas?  si  no cuanto por semana?: \_\_\_\_\_

Usted usa productos con tabaco/fuma?  si  no cuantos paquetes por dia: \_\_\_\_\_

Toma suplementos con vitaminas?  si  no por favor enlistar: \_\_\_\_\_

Usted consume cafeina?  si  no cuanto por dia?: \_\_\_\_\_

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 menos 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 frias sudores fríos

pérdida de concentramiento/confusión estreñimiento depresión/lantos diarrea mareos cara roja

desmayos fatiga fiebre cabeza pesada dolores de cabeza insomnia luz molesta los ojos

perdida de equilibrio 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 QUIROPRACTICO 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 QUIROPRACTICO, 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 CONCERNEN 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 QUIERA QUE RECIBA SU EXPEDIENTE MEDICO, POR FAVOR INFORMAR A LA OFICINA.

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

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