

Historial Quiropráctico/Información del Paciente

Fecha: _____ # de Paciente _____ Doctor: _____
Nombre: _____ Seguro Social: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Correo electrónico: _____ Celular: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Estado Civil: C S V D
Ocupación: _____ Empleo: _____
Dirección de Empleo: _____ Teléfono de Oficina: _____
Esposo/a: _____ Ocupación: _____ Empleo: _____
¿Cuántos hijos? _____ Nombres y edades: _____

Nombre de familiar cercano: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ ¿Como fue referido a nuestra oficina? _____

Doctor de Cabecera: _____

Cuando los doctores trabajan juntos usted se beneficia. ¿Tenemos su autorización para notificar a su doctor de cabecera referente a su cuidado en nuestra oficina? _____ Si _____ No

Por favor seleccione alguna y todas las coberturas de Seguro que aplican en este caso:

Major Medical Worker's Compensation Medicaid Medicare
 Accidente Automovilístico Cuenta de Ahorro Medico & Plan Flex Otro

Nombre de la Aseguración Primaria: _____

Nombre de la Aseguración Secundaria (si alguna): _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo el pago de beneficios del seguro directamente al quiropráctico o a la oficina. Autorizo al doctor a divulgar la información necesaria para comunicarse con los médicos de cabecera y otros profesionales de la salud y pagadores y para asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que, si suspendo o ceso mi tratamiento según lo determinado por mi médico, cualquier deuda por servicios profesionales será inmediatamente debida y deberá ser pagada.

El paciente entiende y acepta permitir que esta oficina de quiropráctica use su Información de Salud del Paciente con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención. Queremos que sepa cómo va a utilizarse su información de salud del paciente en esta oficina y sus derechos con respecto a esos registros. Si desea tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su Información de salud del paciente, le recomendamos que lea la NOTIFICACIÓN HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento. Las siguientes personas tienen mi permiso para revelar mi información personal de salud:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor autorizando el tratamiento: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DE ENFERMEDAD EN EL PRESENTE Y PASADO:

Queja Principal: Propósito de esta cita: _____

Día en que los síntomas comenzaron a aparecer o del accidente: _____

Esto es debido a: Accidente de Auto: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

¿Ha tenido la misma condición o una similar? Si No Si su contestación fue si, cuando y describa:

Días perdidos de trabajo: _____ Fecha de su última examinación física: _____

¿Tiene historial de infarto o hipertensión? Si No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, lesiones, caídas, accidentes automovilísticos o cirugías? Mujer, por favor incluya información sobre el parto (incluya fechas): _____

¿Ha sido tratado por un especialista por alguna condición de salud en este año? Si No

Si su contestación fue si, describa: _____

¿Que medicamentos se encuentra tomando? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Si No [describa: _____]

¿Padece de alergias? Si No [describa: _____]

¿Tiene alguna condición congénita? Si No

Si su contestación fue si, describa: _____

Mujer: ¿Está embarazada? Si No

¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes síntomas/condiciones? Favor de indicar con una **A** si lo tiene ahora o con una **P** si fue en el pasado. **A = Ahora** **P = Pasado**

<input type="checkbox"/> Adormecimiento en los dedos	<input type="checkbox"/> Adormecimiento en los pies	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cuello Rígido	<input type="checkbox"/> Debilidad en las extremidades	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dificultad al orinar	<input type="checkbox"/> Dificultad menstrual	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Dolor de hombro/cuello/brazo
<input type="checkbox"/> Infartos	<input type="checkbox"/> Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones/hinchazón	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Droga adicción	<input type="checkbox"/> Pecho
<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Espasmos Musculares	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Pérdida del Olfato	<input type="checkbox"/> Le molesta la luz en los ojos	<input type="checkbox"/> Manos frías	<input type="checkbox"/> Pérdida de Balance	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Movimiento intestinal inusual
<input type="checkbox"/> Pérdida/aumento de peso	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Pérdida de Sabor
<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Pies fríos	<input type="checkbox"/> Pitido en el oído	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Problemas al Corazón	<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios
<input type="checkbox"/> Tensión	<input type="checkbox"/> Problemas de indigestión	<input type="checkbox"/> Problemas de vesícula	<input type="checkbox"/> Zumbido en el oído	<input type="checkbox"/> Resfriados seguidos	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo
<input type="checkbox"/> Tos con sangrado	<input type="checkbox"/> Problemas para Dormir				