

## Historial Médico Confidencial Del Paciente

Por favor, diligenciar claramente.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre: (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono personal : \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Género: M / F Estado civil: Casado / Soltero / Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Espos@/pareja: \_\_\_\_\_ Hijos y edades: \_\_\_\_\_

Pertenece a: Veterano militar / Miembro del servicio activo / Reservista militar / Guardia Nacional / ROTC

Somos una práctica de referencia y como tal, nos gusta agradecer a quienes nos remiten.

¿Quién lo refirió a nuestra práctica? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del completo: \_\_\_\_\_ Número preferencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: Hijo / Padre / Madre / Espos@ / Otro: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERA- *Permítanos fotocopiar su tarjeta de seguro.*

Pago propio (efectivo) Seguro Lesión personal / automóvil Otra (por favor Explíquese) \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: Soy yo/Espos@/Padre/Madre/Hijo/Otro

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

INFORMACIÓN DE SU ESTADO ACTUAL

**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS**

Síntoma Principal: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó este episodio? (fecha): \_\_\_\_\_ ¿Qué evento lo Causó?: \_\_\_\_\_

Si esta NO es la primera vez, ¿cuánto tiempo lleva con este problema recurrente? \_\_\_\_\_

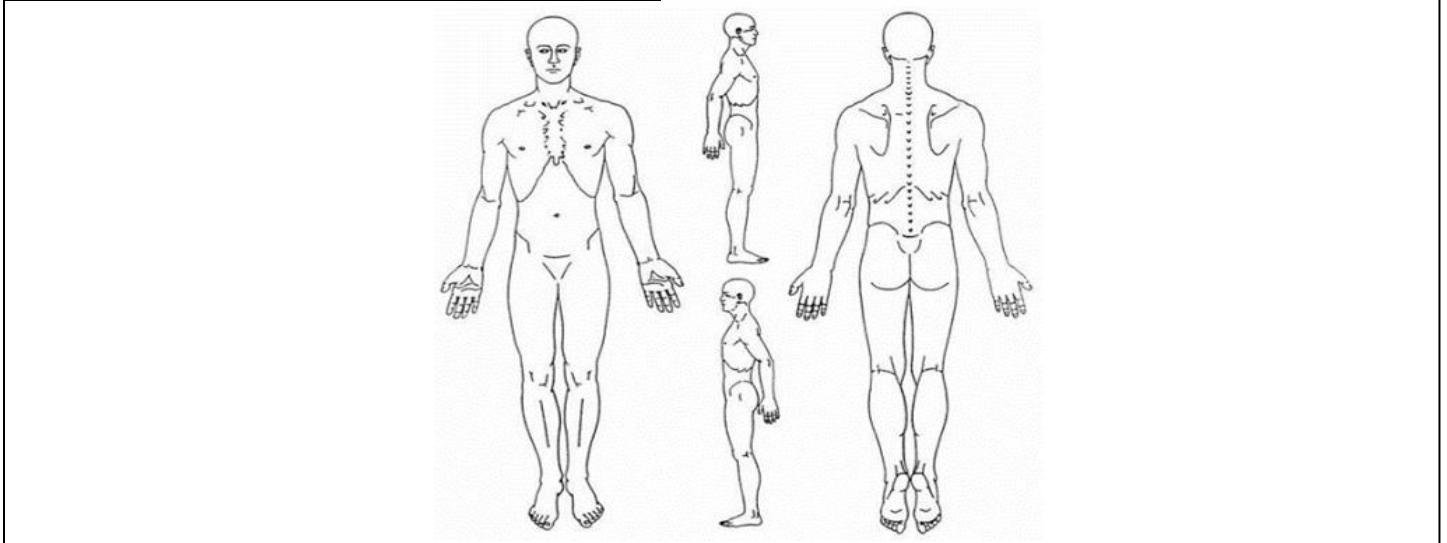
Intensidad: Ninguno (0) Leve (1-2) Leve-Moderado (2-4) Moderado (4-6) Moderado-Severo (6-8) Severo (8-10)

Los síntomas son: constantes / vienen y van

El síntoma es : Intenso/ Punzante/ Ardor / Eléctrico / Dolorido / Magullado/ Hormigueo /Otro: \_\_\_\_\_

¿Irradia a otras áreas de su cuerpo? No / Si Si su Rta. es si, ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

**DIBUJE LAS ÁREAS DONDE OCURREN LOS SÍNTOMAS:**



¿Qué mejora los síntomas?

Frio/Calor/ Descanso/Movimiento/Estiramiento/Medicamentos OTC/Medicamentos RX /Quiropráctica/Nada

¿Qué empeora los síntomas? Sentarse/Pararse/Caminar/Acostarse/Dormir/Movimiento/Nada

¿Qué otros especialistas han consultado? Ninguno / Quiropráctico / Doctor primario / Terapia física / Masaje / Sala de Emergencia / Otro: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

Pruebas de diagnóstico: Ninguna / Rayos X / MRI / CT / Otro: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo y dónde?: \_\_\_\_\_

¿Algún otro síntoma que quiera mencionar?: \_\_\_\_\_

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

¿Alguien de su familia INMEDIATA alguna de las siguientes condiciones medicas?:  Ninguna

Problemas del corazón Especifique, ¿Quién? \_\_\_\_\_ Derrame Cerebral Especifique, ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cáncer Especifique, ¿Quién? \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Otras condiciones médicas en la familia relevantes: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO: (Indique incluso si fue hace 20 años ...)**

Lesiones, traumas u hospitalizaciones:  NINGUNA \_\_\_\_\_

Cirugías: fecha, tipo y motivo:  NINGUNA \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: ¿tiene una lista? ¿Podemos hacer una copia?  NINGUNA \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: (Lista y reacciones)  NINGUNA Vitaminas y suplementos: (Lista y frecuencia)  NINGUNA

**¿ESTÁ ACTUALMENTE experimentando alguno de estos síntomas? (Marque todo lo que corresponda)**

**General:**

- Cambios en su peso
- Fiebre
- Fatiga
- Nada en esta categoría

**Musculoesquelético:**

- Lumbalgia
- Dolor de espalda media
- Dolor de cuello
- Problemas en sus brazos
- Problemas en sus piernas
- Huesos rotos
- Espasmos / calambres musculares
- Nada en esta categoría

**Neurológicos:**

- Entumecimiento u hormigueo
- Mareos o aturdimiento
- Debilidad
- Dolores de cabeza frecuentes
- Convulsiones
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza?
- ¿Ha tenido un accidente automovilístico?

Año: \_\_\_\_\_

Nada en esta categoría

Otras condiciones médicas (no listadas) \_\_\_\_\_

**Cardiovascular y Corazón:**

- Dolor de pecho
- Problemas de presión arterial
- Hinchazón de manos, tobillos o pies
- Problemas del corazón
- Nada en esta categoría

**Ojos y Visión:**

- Visión doble o borrosa
- Nada en esta categoría

**Oídos, Nariz y Garganta:**

- Zumbido en los oídos
- Dolor de oído/ drenaje
- Sinusitis/ alergias
- Nada en esta categoría

**Mente / Estrés:**

- Problemas para dormir
- Pérdida o confusión de la memoria
- Nada en esta categoría

**Gastrointestinal:**

- Nauseas o vómito
- Dolor abdominal
- Nada en esta categoría

**Endocrino, Hematológico y Linfático:**

- Problema de tiroides
- Diabetes
- Trastorno del sistema inmunológico
- Nada en esta categoría

**Respiratorio:**

- Dificultad para respirar
- Asma
- Uso de tabaco
- Nada en esta categoría

**Genitourinario:**

- Cálculos renales
- Ardor/Dolor al orinar/Sangre en orina
- Incontinencia/goteo urinario
- Nada en esta categoría

**Mujeres Solamente:**

**¿Está embarazada?**

- Si-Fecha parto: \_\_\_\_\_
- No-Fecha último periodo: \_\_\_\_\_
- Periodos dolorosos o irregulares
- Nada en esta categoría

**Embarazos y Fechas de Parto**

\_\_\_\_\_

**¿Hay algo más que quisiera que el Doctor supiera?** \_\_\_\_\_

He leído la información anterior y certifico que es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y por la presente autorizo a esta oficina a brindarme atención quiropráctica, pruebas de diagnóstico y / o servicios terapéuticos, de acuerdo con los estatutos de este estado. Elijo rechazar la entrega de resumen clínico después de cada visita. (Estos resúmenes suelen estar en blanco como resultado de la naturaleza y frecuencia de la atención quiropráctica).

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

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_