

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? _____

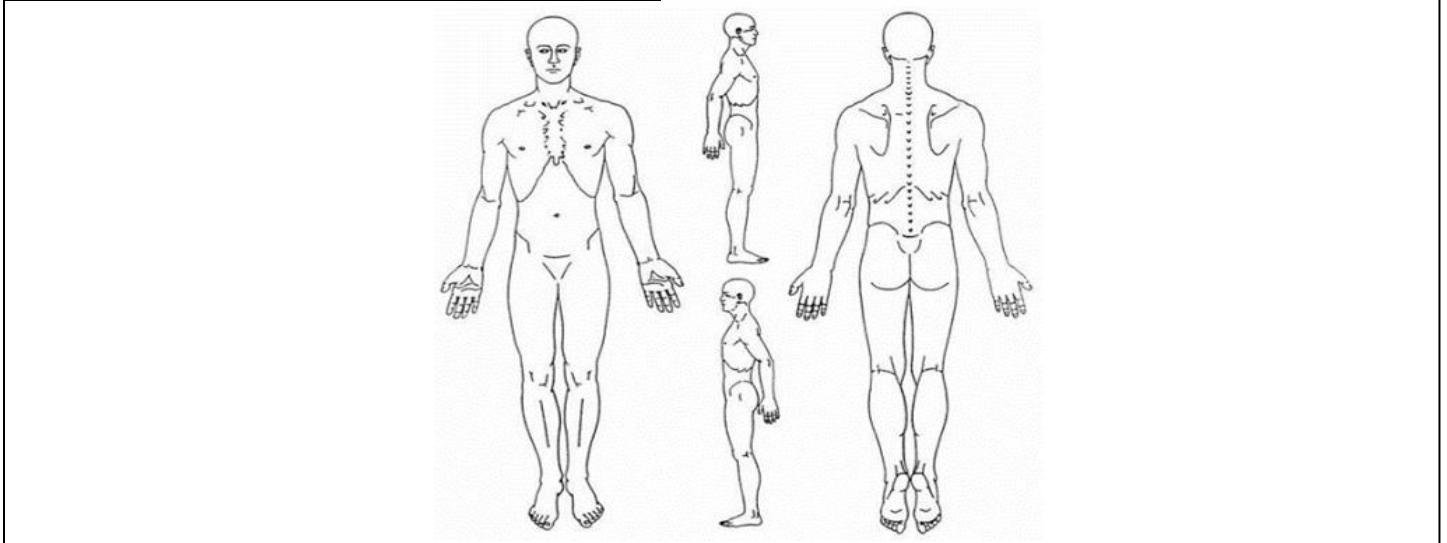
Intensidad: Ninguno (0) Leve (1-2) Leve-Moderado (2-4) Moderado (4-6) Moderado-Severo (6-8) Severo (8-10)

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 _____

CUESTIONARIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE *(Por favor, utilice la parte posterior de la hoja si es necesario.)*

Fecha del accidente: _____ Número de personas en el vehículo _____ Nombre del conductor *(Si no era usted)* _____

Era el: Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero – Detrás del Conductor / Medio / Detrás del pasajero delantero/ 2^{da} Fila / 3^{ra} Fila

¿Estaba usando el cinturón de seguridad? Si No

¿Dónde fue impactado el vehículo? Frente La Parte Trasera El Lado del Conductor El Lado del Pasajero

INFORMACIÓN MÉDICA

En el momento del accidente

¿Sintió dolor inmediatamente después del accidente? Si No –¿Cuándo? Mas tarde ese día Siguiendo día Otro,

¿Cuándo? _____

¿Fue a un hospital o consultó otro médico? No Si – ¿Cuándo fue? Inmediatamente Siguiendo día Otro

Nombre del hospital o del Doctor: _____

¿Le tomaron Rayos-X? Si No

Desde el Accidente

Sus síntomas han: Mejorado Permanecido Igual Empeorado

INFORMACIÓN LEGAL

¿Se realizó un reporte policial? Si No

¿Ha contratado a un abogado? No Si – Nombre _____ Teléfono _____

Nombre de su compañía de seguro automovilístico _____ Número de póliza _____

Nombre de la compañía de seguro del otro implicado _____ Número de petición _____

POLITICAS DE LA OFICINA PARA PACIENTES CON LESIONES PERSONALES

Esta oficina lo aceptará como un nuevo paciente basado en nuestro examen clínico y en la creencia de que la atención quiropráctica será eficaz para el tratamiento de sus lesiones. Para extender su crédito mientras está en tratamiento, debe proporcionar la información financiera apropiada para que se pueda recibir el pago por los servicios. Los pacientes deben traer la siguiente información antes de la tercera visita al consultorio o pagar por su tratamiento.

1. Copia del reporte policial y/o copia de intercambio de información sobre el accidente
2. Nombre de la persona y compañía de seguros de la parte responsable
3. Copia de la póliza de seguro de automóvil
4. Nombre y teléfono del abogado, en caso de haber contratado alguno.

Una vez finalizado su tratamiento en esta oficina, su cuenta de cobro se enviará a la parte responsable. Tenga en cuenta que esta cuenta sigue siendo su responsabilidad y estará sujeta a un interés mensual del 1,5% a partir de los 30 días siguientes a su visita inicial.

He respondido estas preguntas según mi leal saber y entender y certifico que son verdaderas y correctas.

Nombre del Paciente o Representante Legal _____