

DATOS PERSONALES

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____

Dirección 1 _____

Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono celular _____ - _____ - _____ Número de teléfono de casa _____ - _____ - _____ Número de teléfono de casa _____ - _____ - _____

Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Estatura ____' ____" Peso _____ lbs

Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Otro

Numero de Niños _____ Nombre del cónyuge _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre _____

Teléfono _____ - _____ - _____ Relación con la persona _____

INSURANCE INFORMATION

¿Tienes seguro?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la
compañía de
seguro

Teléfono

____-____-____

Dirección Línea
1

Dirección Línea
2

Ciudad

Estado

Código
Postal

Número de
póliza

Número
de grupo

Nombre de la
persona
asegurada

Fecha de
nacimiento de
la persona
asegurada

____ / ____ / ____

INFORMACIÓN REFERENCIAL.

Médico que lo refirió

Información de
contacto.

Paciente que lo
refirió

¿Ha contratado los servicios de algún
abogado?

☐ Sí ☐ No

¿Como se enteró sobre nuestros servicios?

☐ Referencia personal ☐ Anuncio publicitario ☐ Redes sociales ☐ Mercadeo directo ☐ Internet

RAZÓN DE LA VISITA

¿Cuál es la fecha de su cita programada?

____ / ____ / ____

¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

- ☐ Menos de 5 días (Agudo)
☐ Entre 5 y 30 días (Grave)
☐ Más de 30 días (Crónico)

¿Qué causó esta condición

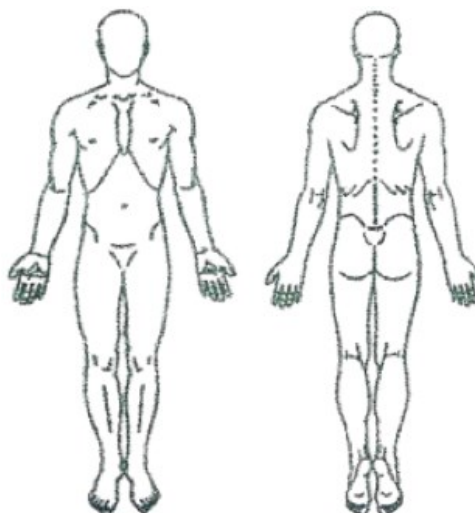
¿A partir de qué fecha inicio esta condición? (Omita la fecha al accidente)

____ / ____ / ____

¿Qué término (s) describe mejor su incomodidad?

En la gráfica derecha, por favor indique los síntomas dibujando los símbolos apropiados.

D – Dolor
 E – Entumecimiento
 DE – Debilidad
 P – Punzadas
 PI – Picazón



En una escala del 1 al 10, siendo 10 el más severo, ¿Cómo califica su molestia?

Ninguno

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inaguantable

¿Con qué frecuencia sientes esta incomodidad?

- ☐ Constante ☐ Frecuente ☐ Ocasional ☐ Intermitente

¿Cómo ha cambiado esta queja desde el inicio?

- ☐ Empeorado ☐ Se quedó igual ☐ Mejorado

¿Qué actividad se ve afectada más significativamente por este malestar? (Explain)

¿Qué tratamiento, si alguno, ha recibido desde la lesión?

¿Qué agrava esta condición? Elija todo lo que corresponda

¿Qué mejora esta condición o te da alivio?

¿Han realizado otros proveedores de atención médica pruebas relacionadas con esta afección?

¿Alguna vez has tenido episodios previos de esta condición?

SALUD ACTUAL

Aparte de la información ya proporcionada, ¿Tiene preocupaciones de salud adicionales relacionadas con alguno de los siguientes?

Músculos, huesos o articulaciones

☐ No ☐ Sí Explicar:

Nervios, dolores de cabeza, mareos o emocionales

☐ No ☐ Sí Explicar:

Cabeza, Ojos, Orejas, Nariz o Garganta

☐ No ☐ Sí Explicar:

Corazón, presión arterial o circulación

☐ No ☐ Sí Explicar:

Falta de aliento, tos, asma o condición pulmonar

☐ No ☐ Sí Explicar:

Estómago, intestinos o condiciones digestivas

☐ No ☐ Sí Explicar:

Condiciones genitales, vesicales o urinarias

☐ No ☐ Sí Explicar:

Diabetes, tiroides o afecciones glandulares

☐ No ☐ Sí Explicar:

Condiciones de la piel o sangrado

☐ No ☐ Sí Explicar:

Tiene alguna alergia al medicamento?

☐ No ☐ Sí Explicar:

HISTORIAL PERSONAL Y FAMILIAR

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgicos?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

¿Existe alguna enfermedad o afecciones pasadas que debemos tener en cuenta?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

¿Tiene antecedentes de accidentes o traumas?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

¿Actualmente estás tomando algún medicamento?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

¿Tiene antecedentes de enfermedades hereditarias, como diabetes, cáncer, hipertensión y enfermedades neurológicas progresivas de las que deberíamos estar conscientes?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

HÁBITOS SOCIALES Y LABORALES

Hábitos de trabajo actuales - Elija todo lo que corresponda.

- ☐ Permanentemente completamente discapacitado
- ☐ Permanentemente parcialmente discapacitado
- ☐ No puede trabajar debido a la condición actual
- ☐ Tiempo completo (20-40 + horas / semana)
- ☐ Tiempo parcial (1-19 horas / semana)
- ☐ Retirado
- ☐ Estudiante
- ☐ Amo(a) de casa
- ☐ Desempleado(a)

Hábitos sociales personales - Elija todo lo que corresponda.

- ☐ Fumar o consumir productos del tabaco
- ☐ Beber alcohol
- ☐ Tomar cafeína
- ☐ Usar drogas recreativas
- ☐ Otro, para ser discutido con el médico

Hábitos de ejercicio actuales - Elija todo lo que corresponda.

- ☐ No hay ejercicios actuales
- ☐ Ejercicios diarios
- ☐ Ejercicios 3+ veces por semana
- ☐ No se puede volver a hacer ejercicio debido a la condición actual.

Dieta y hábitos alimenticios - Elija todo lo que corresponda.

- ☐ Vegano o vegetariano
- ☐ Suplementos diarios
- ☐ Other

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Certifico que yo soy el paciente o amparador legal mencionado anteriormente. He leído y entendido la información y certifico que es verdadero y preciso a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la recopilación y uso de la información anterior a esta oficina quiropráctica. Autorizó a esta oficina y a su personal para examinar y tratar mi condición según lo consideren los médicos. Por la presente autorizó al doctor a divulgar toda la información necesaria a cualquier compañía de seguro, abogado o corredor de seguro para el propósito del reembolso de la reclamación de los cargos incurridos por mí. Otorgó el uso de mi declaración de autorización con mi firma para las presentaciones de seguro requeridas. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados me serán cobrados, y yo soy responsable del pago oportuno de dichos servicios. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud/accidente es un arreglo entre las compañías de seguro y yo. Entiendo que los honorarios por servicios profesionales serán cancelados inmediatamente debido a la suspensión o terminación de mi cuidado o tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____