



Bienvenido

SALUD ÓPTIMA A TRAVÉS DE LA QUIROPRÁCTICA

Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades quiroprácticas. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC _____

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ E-mail _____

Teléfono de la casa (____) _____ Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Prefiere que lo llamen al número de: La casa El trabajo Celular No tengo preferencia

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Teléfono (____) _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

¿TIENE SEGURO ADICIONAL? No Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____



Síntomas

Motivo de la visita _____ ¿Cuándo notó los síntomas por primera vez? _____

¿Se está empeorando esta condición? _____

¿Dónde específicamente está ubicado el problema(s)? _____

¿Qué actividades son difíciles de realizar? Sentarse Pararse Caminar Doblarse (Agacharse) Acostarse Otro _____

Tipo de dolor: Punzante Débil Pulsante Adormecimiento Adolorido Agudo
 Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

Clasifique la gravedad de su dolor (de 1, dolor leve o malestar, a 10, dolor severo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Es constante el dolor, o se le pasa y luego regresa? _____

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición? _____

Medicamentos Cirugía Fisioterapia Otro _____

Nombre y dirección de otros médicos que le hayan proporcionado tratamiento para su condición: _____

Historial médico

Marque únicamente las condiciones que correspondan:

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Disco herniado | <input type="checkbox"/> Nervio pinchado | <input type="checkbox"/> Tumores, bultos |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones antialérgicas | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangramiento | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Aborto natural | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor en el seno | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | _____ |

Fechas de los exámenes más recientes _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Indique cualquier tipo de cirugía que haya tenido y las fechas: _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias: _____

Hábitos diarios

¿Qué tipo de ejercicios hace diariamente? Ninguno Moderados Intensos

¿Qué incluyen sus hábitos diarios de trabajo? (por ejemplo: estar sentado, parado, trabajo liviano, trabajo pesado, trabajo en computadora) _____

¿Qué vitaminas toma actualmente? _____

¿Qué otro tipo de suplemento nutritivo toma (si corresponde)? _____

¿Fuma usted? No Sí ¿Cuánto fuma al día? _____

¿Cuánto licor consume semanalmente? _____

¿Cuánto café o cuántas bebidas con cafeína consume diariamente? _____

Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente