

Historia del Paciente (Por favor imprimir) Fecha: _____

Nombre: _____ Correo Electrónica: _____

Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Hembra

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre de Esposo(a): _____ #Niños _____ Casado Soltero Divorciado Viudo

Ocupación _____ Seguridad Social # : _____ # de Licencia _____

¿Como estabas referido a la oficina? _____

¿Has tenido Cuidad Quiropráctica antes? _____ Si, cuando? _____

INFORMACION SOBRE SU ACCIDENTE:

Por favor describir en detalle como paso el accidente: _____

¿Fue golpeado inconsciente? Si No ¿Si respondió si, cuánto tiempo? _____

Fuiste golpeado: Por detrás En frente A un lado: Izquierda Derecha

Eras tu: Conductor Pasajero Asiento de adelante Asiento de atrás

Fecha de accidente y la hora del día: _____

Describe como se sintió inmediatamente después del accidente. Describe tus quejas y síntomas actuales:

¿Tuvo que ir al hospital después del accidente? Si No Fue ingresado al hospital? Si No

¿Un doctor fue consultado después del accidente? Si No Nombre del doctor: _____

¿Antes del accidente, tenías quejas físicas? Si No Describe: _____

¿Antes del accidente, podías trabajar en igualdad de condiciones que otras personas de tu edad? Si No

Desde el accidente, sus síntomas han: Mejorado Empeorado Mismo

¿Ha visto restricciones en el trabajo por resultado del accidente? Si No

INFORMACION DEL SEGURO:

Conductor del otro vehículo: Nombre: _____

Compañía de aseguranza: _____ Número de reclamo: _____

Conductor del vehículo en que resulto herido: Nombre: _____

Compañía de aseguranza: _____ Número de reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____ Numero de fax: _____

Correo electrónico y número de teléfono: _____

¿Ha obtenido un abogado? Si No Nombre: _____ Número de fax: _____

¿Correo electrónico y número de teléfono? _____

Lista sus principales quejas en orden de gravedad. Marque todos que describe tus quejas:

Queja 1: _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Causa original del problema? _____

Agudo Palpitante Disparo Obstáculo Rigidez Dolor sordo Entumecimiento Ardiente

Otro: _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Constante (100%) Frecuente (50% - 90%) Intermitente (25% - 50%) Ocasional (1% - 25%)

Ha sido: Empeorando Lo mismo Mejorando

Escala de dolor (0 = sin dolor, 10 = dolor severo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Durante el día es: Peor en la mañana Peor en la tarde Lo mismo durante todo el día

Lo siguiente **aumenta** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

Lo siguiente **disminuye** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

¿El dolor irradia? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

Queja 2: _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Causa original del problema? _____

Agudo Palpitante Disparo Obstáculo Rigidez Dolor sordo Entumecimiento Ardiente

Otro: _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Constante (100%) Frecuente (50% - 90%) Intermitente (25% - 50%) Ocasional (1% - 25%)

Ha sido: Empeorando Lo mismo Mejorando

Escala de dolor (0 = sin dolor, 10 = dolor severo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Durante el día es: Peor en la mañana Peor en la tarde Lo mismo durante todo el día

Lo siguiente **aumenta** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

Lo siguiente **disminuye** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

¿El dolor irradia? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

Queja 3: _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Causa original del problema? _____

Agudo Palpitante Disparo Obstáculo Rigidez Dolor sordo Entumecimiento Ardiente

Otro: _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Constante (100%) Frecuente (50% - 90%) Intermitente (25% - 50%) Ocasional (1% - 25%)

Ha sido: Empeorando Lo mismo Mejorando

Escala de dolor (0 = sin dolor, 10 = dolor severo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Durante el día es: Peor en la mañana Peor en la tarde Lo mismo durante todo el día

Lo siguiente **aumenta** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

Lo siguiente **disminuye** el dolor:

Moviendo Sentado Levantado Caminando Acostando Agachándose Otro _____

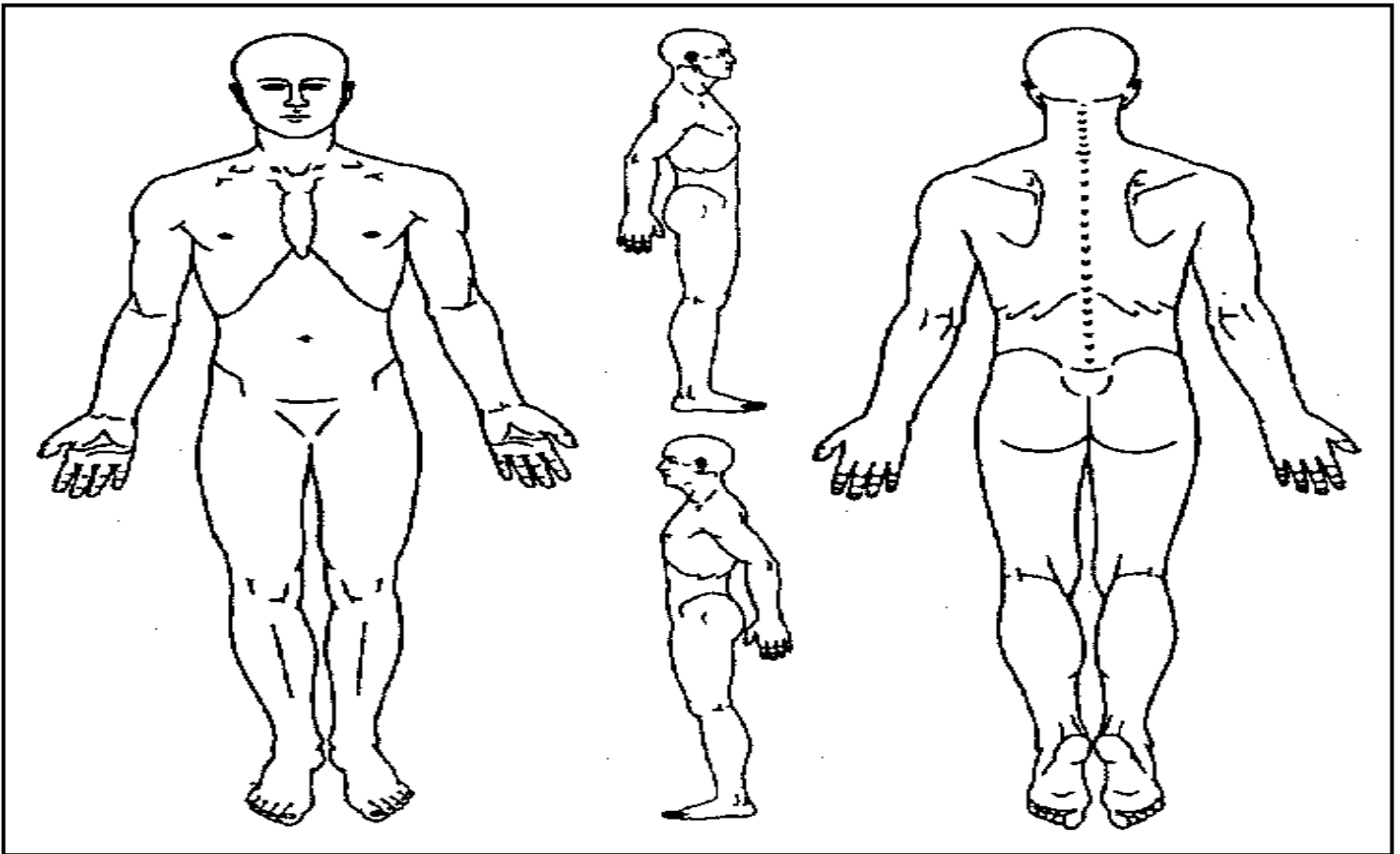
¿El dolor irradia? Sí No ¿Si es así, dónde? _____

Lista de hospitalizaciones/cirugías anteriores (¿qué y cuándo?)

Lista de traumas/accidentes/caídas/lesiones automovilísticas infantiles/adultos (¿qué pasó y cuándo?)

¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre usted o que le gustaría discutir (explicar)?

Marca un "X" en las áreas que siente dolor. Dibuja una flecha si el dolor viaja.
Incluye todas las áreas afectadas.



¿Tu condición interfiere contigo?

- | | | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Trabajo | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> TEMPLADO | <input type="checkbox"/> MODERADO | <input type="checkbox"/> SEVERO |
| Dormir | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> TEMPLADO | <input type="checkbox"/> MODERADO | <input type="checkbox"/> SEVERO |
| Rutina Diario | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> TEMPLADO | <input type="checkbox"/> MODERADO | <input type="checkbox"/> SEVERO |
| Recreación | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> TEMPLADO | <input type="checkbox"/> MODERADO | <input type="checkbox"/> SEVERO |

Objetivos de cuidado:

¿Su condición interfiere con alguno de los siguientes?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de computadora | <input type="checkbox"/> Leyendo | <input type="checkbox"/> Limpiando | <input type="checkbox"/> Relación | <input type="checkbox"/> Vida Social |
| <input type="checkbox"/> Cuidando niños | <input type="checkbox"/> Manejando | <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Cocinando |
| <input type="checkbox"/> Cuidados personales | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Compras | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en el jardín | | | | |

¿Sufre usted de alguna de las siguientes condiciones actualmente?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Aórtico Abdominal | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Vacunas contra la Alergia |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Abuso de Drogas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Auto inmune | <input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión | <input type="checkbox"/> Apendicitis |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos | <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Crónica Fatigue | <input type="checkbox"/> Manos/Pies Helados | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Problemas Oculares |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Gases/Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Gonorrea |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Hernia de Disco |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Indigestión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Piedras en el Riñón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Pérdida del Equilibrio | <input type="checkbox"/> Pérdida de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas Menstrual |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda media | <input type="checkbox"/> Malparto | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Parkinson's | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Entumecido/ Hormigueo en los Brazos/Piernas/Manos | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Problemas Próstata |
| <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Shingles | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> Condición de Garganta |
| <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Condición de Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea | <input type="checkbox"/> Inexplicable Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales |
| <input type="checkbox"/> Inexplicable Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Inexplicable Perdida de Memoria | |
| <input type="checkbox"/> Infección del Tracto Urinario | | |
| <input type="checkbox"/> Úlceras/Colitis/Síndrome del Intestino Irritable | | <input type="checkbox"/> Tos Ferina |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Historia del Familia (Por favor enumere todas las condiciones o enfermedades conocidas que puedan aplicarse):

Madre: _____ Padre: _____

Abuelos: _____ Hermanos: _____

Otras condiciones familiares conocidas:

Solo para mujeres:

¿Estas embarazada? Si No

Fecha de vencimiento: _____

¿Estas amamantando? Si No

¿Estas tomando anticonceptivos? Si No

¿Tienes ciclos regulares? Si No

¿Tienes implantes mamarios?: Si No

¿Experimentas periodos dolorosos? Si No

COVID-19 QUESTIONNAIRE:

¿Ha sido vacunado? _____

En caso afirmativo, ¿Que vacuna recibo y cuándo? _____

¿Noto algún efecto secundario? _____

¿Has recibido algún refuerzo? _____

En caso afirmativo, ¿Que refuerzos recibo y cuándo? _____

¿Noto algún efecto secundario? _____

¿Has tenido COVID? _____ Cuantas? _____ Cuando fue la última vez que tuvo COVID? _____

¿Ha tenido algún queja a largo plazo asociada con COVID? (por favor explicar) _____

HEALTH HEABITS:

¿Fumas/Vapeas? Si No ¿Bebes alcohol? Si No

¿Comes alimentos orgánicos? Si No ¿Bebes soda? Si No

¿Comes comida procesada? Nada Algunos Muchas

PREOCUPACIONES: Hemos encontrado que estas son las preocupaciones comunes que tienen las personas como usted. Queremos asegurarnos de que esté cómodo/a antes de que comencemos su tratamiento. Agrega cualquier otro que sea relevante y encierra en un **círculo tus 3 mejores**.

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| ¿Va a doler? | ¿Es seguro para los niños? | ¿Se puede arreglar esto? |
| No quiero ser rajado | ¿Qué pasa si el seguro no cubre el tratamiento? | ¿Es Caro? |
| ¿Es adictivo? | ¿Tengo que venir para siempre? | ¿Son peligrosos los rayos X? |
| ¿Qué hago si el tratamiento no funciona? | | |

FORTALEZAS: Los hábitos fuertes son clave para la salud: Nos ayudan a cuidar de usted si tenemos una idea de cómo cuida su cuerpo. Añade cualquier otro que sea relevante y encierra en un **círculo los 3 primeros**.

- | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------|
| Me estiro de 3 a 5 veces por semana | Tomo suplementos para la salud | Tengo una actitud positiva |
| Duelmo 6 a 8 horas por noche | Hago ejercicio de 3 a 5 veces por semana | No fumo |

OBJETIVOS: Queremos asegurarnos de que obtenga un alivio duradero. Agregue cualquier otro hábito que sea relevante y marque con un **círculo su 3 más importantes**.

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| Dormir toda la noche | Continuar trabajando / volver a trabajar | Tener algunos momentos de alivio |
| Jugar con hijos / nietos normalmente | Hacer ejercicio nuevamente | Tener una mejor actitud |
| Bajar los medicamentos para el dolor | Evitar los brotes futuros | Prepárese para un próximo evento |
| Sentarse / pararse cómodamente por un período prolongado | | |

Los pacientes ven un Quiropráctica para una variedad de razones. Unos van para alivio del dolor, otros para corregir la causa de su dolor, y otros para corregirlo que no esté funcionando bien en su cuerpo. Su doctor va a ir sobre sus necesidades y deseos cuando recomendando su tratamiento.

Por favor indique el tipo de cuidado que quiere:

- Atención de alivio: alivio sintomático del dolor o malestar.
- Cuidado correctivo: corregir y aliviar la causa del problema, así como los síntomas.
- Atención Integral: Lleva cualquier mal funcionamiento del cuerpo al más alto estado de salud posible con la atención Quiropráctica

Note lo siguiente: No todos los pacientes requieren radiografías para determinar o verificar un diagnóstico, tipo y duración de la atención. Si su examen justifica el análisis de rayo X, prevalecerá la siguiente política de la oficina: Todos los gastos de primera visita se pagarán cuando se presten los servicios. La taifa pagada por los rayos X es solo para análisis. La película en si es propiedad de esta oficina y no puede ser liberada.

Autorización Para la Atención y Aviso de Privacidad

Por la presente autorizo al Doctor a trabajar con mi condición mediante el uso de ajustes en mi columna, según lo considere apropiado.

Entiendo y acepto claramente que todos los servicios que se me brindan se me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable de todos los pagos. Acepto que soy responsable de todas las facturas incurridas en esta oficina. El Médico no será responsable de ninguna condición médicamente diagnosticada preexistente ni de ningún diagnóstico médico. También entiendo que, si suspendo o termino mi atención, todos los honorarios por los servicios profesionales que se me presten serán exigibles y pagaderos de inmediato. Esta oficina está obligada a notificarle por escrito que, por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud personal.

Además, debemos proporcionar un aviso por escrito sobre sus luchas para obtener acceso a su información de salud y las posibles circunstancias según, por ley o según lo dictado por la política de nuestra oficina, no se permite divulgar información sobre usted a un tercero. fiesta sin su autorización.

Signatura de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____

Consentimiento Informado Para El Cuidado Quiropráctico

Cuando un paciente busca atención médica quiropráctica y aceptamos a un paciente para tal cuidado, es esencial que ambos trabajemos para el mismo objetivo. Es importante que cada paciente entienda tanto el (los) objetivo (s) como el (los) método (s) que se utilizará para alcanzar este objetivo. Esto evitará cualquier confusión o decepción. Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre la condición y la atención recomendada que se le proporcionará para que tome la decisión de someterse o no a la atención quiropráctica después de haber sido informado de los riesgos conocidos y alternativas.

La quiropráctica es una ciencia, filosofía y arte que se ocupa de la relación entre la estructura espinal y la salud del sistema nervioso. Como quiroprácticos entendemos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia o la enfermedad.

Una alteración del sistema nervioso se denomina subluxación vertebral. Esto ocurre cuando una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral se desalinean y / o no se mueven correctamente. Esto causa un cambio no saludable a la función nerviosa y la interferencia al sistema nervioso. Esto puede resultar en dolor y disfunción o puede ser completamente asintomático.

Las subluxaciones se corrigen y / o se reducen mediante un ajuste quiropráctico. Un ajuste es la aplicación específica de la fuerza para corregir y / o reducir la subluxación vertebral. Nuestro método de la quiropráctica de la corrección es por ajustes específicos a la espina dorsal. Los ajustes se hacen a mano donde los médicos ejercerán presión sobre los segmentos específicos de la columna vertebral para ajustar las vértebras en una posición mejor.

Si al principio o durante el curso de la atención nos encontramos con una no-quiropráctica o hallazgos inusuales, le asesoraremos sobre esos hallazgos y recomendaremos algunas pruebas adicionales o lo referiremos a otro proveedor de atención médica.

El cuidado quiropráctico ha demostrado ser muy seguro y eficaz. No es habitual, sin embargo, estar dolorido después de sus primeros ajustes correctivos. Aunque es raro, es posible sufrir otros efectos secundarios: es decir espasmos musculares, rigidez, fractura de costilla, dolor de cabeza, mareos y accidente cerebrovascular.

Otros efectos secundarios pueden incluir estilos de vida más saludables, más sonrisa, mayor actividad, respiración más profunda y sentirse más joven.

Todas las preguntas con respecto al objetivo del doctor a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas a mi completa satisfacción. Los beneficios, riesgos y alternativas de la atención quiropráctica me han sido explicados a mi satisfacción. He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y por lo tanto acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

Signatura de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____