Salisbury Chiropractic, PC

Datos del paciente _____ **Fecha** _____

Título: (Marque uno) ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Dr. ☐ Otro _____

Nombre _____ **Inicial del segundo nombre** ____ **Apellido**_____

Dirección, primera línea_____

Dirección, segunda línea_____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono particular (_____) _____-_____ **Teléfono del trabajo (_____) _____-_____**

Teléfono celular (_____) _____-_____ **Correo electrónico** _____

Fecha de nacimiento _____/____/_____ **Sexo:** Masculino Femenino **Estatura**_____ **Peso**_____

Número del Seguro Social: _____-_____-_____ **Estado civil:** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro

Situación laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Otro_____

Datos del cónyuge _____

Nombre _____**Inicial del segundo nombre** _____ **Apellido**_____

Fechad de Nacimiento_____

Teléfono particular (_____) _____-_____ **Teléfono del trabajo (_____) _____-_____**

Datos del empleador _____

Nombre _____

Ocupación _____ **Descripción del trabajo** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Contacto de emergencia _____

Nombre de contacto _____**Relación con el paciente** _____

Teléfono particular de contacto (_____) _____-_____ **Teléfono celular (_____) _____-_____**

Firma del médico _____

Nombre del paciente_____**Fecha**_____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? _____

Enfermedades: (Marque todas las que le correspondan)

☐ Artritis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enfermedad cardíaca
☐ Hipertensión ☐ Enfermedad psiquiátrica ☐ Trastornos de la piel ☐ Accidente cerebrovascular
☐ Otro _____

Cirugías: (Marque todas las que le correspondan)

☐ Apendicectomía ☐ Procedimiento cardiovascular ☐ Columna cervical ☐ Histerectomía
☐ Reemplazo de articulaciones ☐ Próstata ☐ Columna vertebral ☐ Vesícula biliar
☐ Cerebro ☐ Hombro ☐ Columna torácica ☐ Rodilla
☐ Túnel carpiano ☐ Gastrointestinal ☐ Urogenital ☐ Hernia
☐ Otro _____

Alergias: (Marque todas las que le correspondan)

☐ Huevos ☐ Pescado y mariscos ☐ Leche o lactosa ☐ Maní
☐ Soya ☐ Sulfitos ☐ Trigo o gluten ☐ Otro _____

Antecedentes sociales: (Marque todas las que le correspondan)

Consumo de cafeína: ☐ ocasionalmente ☐ a menudo ☐ nunca
Consumo de alcohol: ☐ ocasionalmente ☐ a menudo ☐ nunca
Ejercicio: ☐ ocasionalmente ☐ a menudo ☐ nunca
Cigarrillos: ☐ SI NO
Otro _____

Antecedentes familiares: (Marque todo lo que corresponda)

Artritis: ☐ Padres ☐ Hermanos
Cáncer: ☐ Padres ☐ Hermanos
Diabetes: ☐ Padres ☐ Hermanos
Enfermedad cardíaca ☐ Padres ☐ Hermanos
Hipertensión ☐ Padres ☐ Hermanos
Accidentes cerebrovasculares ☐ Padres ☐ Hermanos
Tiroides ☐ Padres ☐ Hermanos
Otro _____

Actividades ocupacionales: (Marque la casilla que mejor describa la descripción de su trabajo)

☐ Administración ☐ Propietario de empresa
☐ Administrativo o secretaria ☐ Usuario de computadora
☐ Operador de equipo pesado ☐ Guardería o cuidado infantil ☐ Construcción
☐ Atención de salud ☐ Industria del servicio de alimentos ☐ Trabajo manual medio
☐ Fabricación ☐ Servicios domiciliarios ☐ Trabajo manual pesado
☐ Trabajo manual liviano ☐ Ejecutivo o legal ☐ Ama de casa
☐ Otro _____

Firma del médico _____

Nombre del paciente_____**Fecha**_____

Antecedentes de salud – (Marque la casilla de verificación si tiene problemas en cualquiera de los siguientes sistemas, haga un círculo en NO si no tiene problemas)

Cardiovascular			No	**Respiratorio**			No	**Alérgico o inmunológico**			No
	En el pasado	Actualmente			En el pasado	Actualmente			En el pasado	Actualmente	
Mala circulación				Asma				Urticaria			
Hipertensión				Tuberculosis				Trastorno inmunitario			
Aneurisma aórtico				Dificultad para respirar				VIH/SIDA			
Enfermedades cardíacas				Enfisema				Inyecciones antialérgicas			
Ataque cardíaco				Resfrío o gripe				Uso de cortisona			
Dolor de pecho				Tos							
Colesterol alto				Sibilancia							
Marcapasos								**Otorrinolaringología**			No
Dolor de mandíbula				**Vista**			No		En el pasado	Actualmente	
Latidos irregulares.					En el pasado	Actualmente		Dificultades para tragar			
Hinchazón de las piernas				Glaucoma				Mareos			
				Visión doble				Pérdida de la audición			
Aparato genitourinario			No	Vista borrosa				Dolor de garganta			
	En el pasado	Actualmente						Hemorragias nasales			
Enfermedad renal				**Psiquiatría**			No	Sangrado de encías			
Sensación de ardor al orinar					En el pasado	Actualmente		Sinusitis			
Micción frecuente				Depresión							
Sangre en la orina				Ansiedad				**Gastrointestinal**			No
Cálculos renales				Estrés					En el pasado	Actualmente	
Dolor en el costado inferior								Problemas de vesícula biliar			
				Sistema endocrino			No	Problemas intestinales			
Sistema neurológico			No		En el pasado	Actualmente		Estreñimiento			
	En el pasado	Presente		Tiroides				Problemas de hígado			
Accidente cerebrovascular				Diabetes				Úlceras			
Convulsiones				Caída del cabello				Diarrea			
Lesiones en la cabeza				Menopausia				Náuseas o vómitos			
Aneurisma cerebral				Menstruación				Deposiciones con sangre			
Entumecimiento								Inapetencia			
Fuertes dolores de cabeza				**Hematología**			No				
Dolor radicular					En el pasado	Actual-mente		**Sistema osteomuscular**			No
Mal de Parkinson				Hepatitis					En el pasado	Actualmente	
Síndrome del túnel carpiano				Coágulos sanguíneos				Gota			
Vértigo				Cáncer				Artritis			
				Hematomas				Rigidez de las articulaciones			
General			No	Sangrado				Debilidad muscular			
	En el pasado	Actualmente		Fiebre o escalofríos				Osteoporosis			
				Sudor				Fracturas			
Pérdida o aumento de peso								Reemplazo de articulaciones			
Bajo nivel de energía											
Dificultad para dormir											

Indique todos los medicamentos que toma actualmente

_____

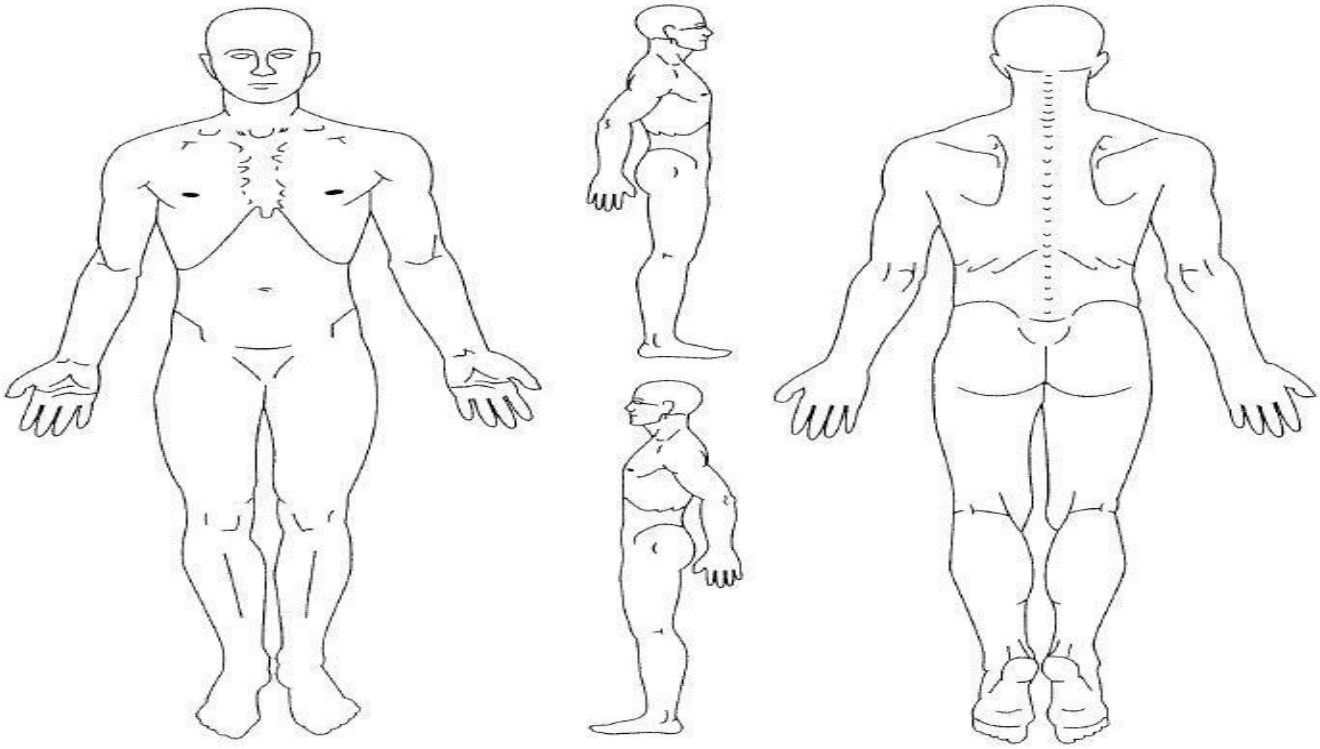
_____

Firma del médico _____

Nombre del paciente_____Fecha_____

¿Está embarazada? Sí_____ No _____N/A_____

Marque usando una "X" todas las partes que le duelan



Describa sus síntomas en orden de severidad, empezando por el peor: _____

_____

_____

_____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? Mes_____ Día_____Año _____

Sus síntomas son el resultado de:

☐ Accidente en vehículo motorizado ☐Accidente relacionado con el trabajo ☐ Otro_____

¿Cómo comenzaron sus síntomas? _____

_____

¿Con qué frecuencia experimenta los síntomas?

☐ Constantemente (76 % a 100 % del día) ☐ Frecuentemente (51 % a 75 % del día) ☐ Ocasionalmente (26 % a 50 % del día) ☐ Intermitentemente (0 % a 25 % del día)

¿Cómo describe la naturaleza de sus síntomas?

☐ Agudo ☐ Dolor sordo ☐ Adormecido ☐ Punzante

☐ Ardor ☐ Sensación de hormigueo ☐ Puntadas ☐ Otro _____

¿Cómo están cambiando sus síntomas?

☐ Mejoran ☐ No cambian ☐ Empeoran

Firma del médico _____

Nombre del paciente_____Fecha_____

Información de pago o seguro:

¿Quién es responsable de la cuenta?
☐ Usted mismo ☐ Seguro de salud ☐ Cónyuge ☐ Empresa del trabajador
☐ Auto Insur. ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro _____

Compañía de seguros médicos personal: _____ Seguro. Número de identificación de la tarjeta _____

Nombre del titular de la póliza: _____ N.° de grupo _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____ / ___ / ____ Médico de salud primaria _____

Indemnización por lesiones o accidentes viales o lesiones personales:

¿Llenó con su empleador un reporte por lesiones? ☐Sí ☐No Fecha: ___/____/____ Hora: ____a.m. / p.m.

Prácticas de privacidad de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Comprendo que he recibido y he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA del consultorio quiropráctico sobre la Información de salud protegida.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente _____
Fecha_____

Consentimiento para tratar a un menor: (Nombre del menor en letra de imprenta) _____

Firma del tutor o cónyuge para autorizar la atención _____
Fecha_____

FIRMA DEL MÉDICO: _____Fecha: _____

Updated 8/6/14