



El Historial Clínico del Caso de Quiropráctica / Información del Paciente

Fecha: _____
Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección de su Correo electrónico: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____
Estado Civil: Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Viudo/a C S D V
Ocupación: _____ Nombre de la Compañía: _____
Dirección de la compañía: _____ Teléfono: _____
Nombre de su cónyuge _____ Ocupación: _____
Nombre de la compañía: _____
¿Cuántos niños tienes? _____ Nombres y edades de los niños: _____

Nombre del pariente más cercano: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

¿Cómo fueron referidos a nuestra Oficina? _____

Médico de familia: _____

Cuando los médicos trabajan juntos lo benefician a usted. ¿Podemos tener el permiso para actualizar a su médico acerca de su atención en esta Oficina? _____

Seleccione cualquier de las coberturas de seguro que puede ser aplicable en este caso:

- * Médico mayor *Compensación del trabajador *Medicaid *Medicare *Accidente automovilístico
- * Cuenta de ahorros médicos y planes de Flex *Otros

Nombre de la compañía de seguros primaria: _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la oficina del quiropráctico o a el quiropráctico. Autorizo al médico a liberar toda la información necesaria para comunicar con médicos personales y otros proveedores de asistencia médica y los pagadores para garantizar el pago de beneficios. Comprendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. Yo también comprendo que si suspendo o termino mi horario del cuidado como ha sido determinado por mi médico que me trata, cualquier honorario para servicios profesionales será inmediatamente debido y deberá ser pagado.

El paciente entiende y acepta que esta Oficina de quiropráctica utilizó la información de salud del paciente con el propósito del tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación del tratamiento. Queremos que sepa cómo la información de salud del paciente se va a utilizar en la Oficina y sus derechos sobre esos registros. Si desea tener una descripción más detallada de nuestras políticas y procedimientos relativos a la privacidad de su información de salud del paciente le animamos a leer el aviso de HIPPA que está a su disposición en el mostrador antes de firmar este consentimiento. [Las siguientes personas tienen mi permiso para recibir mi información de salud personal:](#)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Guardián autorizando la atención: _____ Fecha: _____



PATIENT NAME _____

DATE _____ Doctor _____

HISTORIAL MEDICO DE ENFERMEDADES:

Problema Principal: Propósito de esta cita: _____

Fecha en que los síntomas aparecieron o el accidente ocurrió: _____

Es debido a: Auto___ Trabajo___ Otro: _____

¿Ha tenido alguna vez los mismos síntomas o condición similar? π Sí π No En caso afirmativo, cuando, explique: _____

Días perdidos de trabajo: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Tiene una historia de trazo o hipertensión? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, lesiones, caídas, accidentes automovilísticos o cirugías? Las mujeres, por favor incluya información acerca del parto (incluyen fechas): _____

¿Ha sido tratado(a) de cualquier condición de salud por un médico en el último año? π Sí π No

Sí, explique: _____

¿Qué medicamentos o drogas están tomando? _____

¿Tiene algún tipo de alergia a algún medicamento? π Sí π No

Sí, explique: _____

¿Tiene algún tipo de alergia de cualquier tipo? π Sí π No

Sí, explique: _____

¿Tiene alguna condición congénita? ___Si ___ No Sí, explique: _____

Mujeres: ¿Está embarazada? _____

¿Ha tenido o ahora tiene cualquiera de los siguientes síntomas y condiciones? Sírvase indicar con la letra **N** si tienes estas condiciones ahora o **P** si anteriormente ha tenido estas condiciones.

N = Now (ahora)

P = Previously (anteriormente)

Dolor de Cabeza ___ Frecuencia _____
Dolor de Cuello _____
Cuello Tenso _____
Problemas al dormir _____
Dolor de espalda _____
Nerviosidad _____
Tensión _____
Irritabilidad _____
Dolor de Pecho _____
Mareos _____
Dolor de Hombro/Cuello/Brazo _____
Adormir los Dedos _____
Adormir los Dedos de los Pies _____

Perdida de Balanza (equilibrio) _____
Desmayos _____
Perdida del Olor _____
Perdida del Gusto _____
Congestión estomacal _____
Pies Fríos _____
Manos Frías _____
Artritis _____
Espasmos Musculares _____
Refriados Frecuentes _____
Fiebre _____
Problemas de sinusitis _____
Diabetes _____



PATIENT NAME _____

DATE _____

Doctor _____

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| La Presión Arterial Alta _____ | Problemas de indigestión _____ |
| Dificultades de Orinar _____ | Dolor en las articulaciones _____ |
| Debilidad en los Extremidades _____ | Dificultades Menstruales _____ |
| Problemas al respirar _____ | Pérdida / aumento de Peso _____ |
| Fatiga _____ | Depresión _____ |
| Sensibilidad a la luz _____ | Perdida de la Memoria _____ |
| Zumbido de los Oídos _____ | Úlcera _____ |
| Fractura de hueso _____ | Problemas de Circulación _____ |
| Artritis Reumatoide _____ | Convulsiones/ Epilepsia _____ |
| Sangrando Excesivo _____ | Presión Arterial Baja _____ |
| Osteoartritis _____ | Osteoporosis _____ |
| Marcapasos / Pacemaker _____ | Enfermedades del Corazón _____ |
| Derrame Cerebral / Stroke _____ | Cáncer _____ |
| Rupturas _____ | Tos Con Sangre _____ |
| Trastornos de la alimentaron _____ | Alcoholismo _____ |
| Adición a las drogas _____ | HIV Positivo _____ |
| Problemas de la Vesícula Biliar _____ | Depresión _____ |

HISTORIA SOCIAL / SOCIAL HISTORY

Por Favor indicar al lado de cada actividad si usted participar en ella:

MUCHO= "M"
(Often)

A VECES= "A"
(Sometimes)

NUNCA= "N"
(Never)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| _____ Ejercicio Vigoroso | _____ Estrés Familiar |
| _____ Ejercicio Moderado | _____ Estrés Financiero |
| _____ Consumo de Alcohol | _____ Otros estreses Mentales |
| _____ Consumo Drogas | _____ Otros (Especificar) |
| _____ Consumo de Tabaco | _____ |
| _____ Cafeína | _____ |
| _____ Actividad alta tensión | _____ |



PATIENT NAME _____

DATE _____

Doctor _____

HISTORIA DE LA FAMILIA / FAMILY HISTORY

Revisar las condiciones y enfermedades enumeradas a continuación e indicarlos problemas de salud actual de miembro de la familia. Deje en blanco los espacios que no se aplican. Circule sus respuestas si su pariente vive alrededor de alguna de estas condiciones, como algunas condiciones pueden ser hereditarias o afectadas por condiciones similares.

CONDITION	PADRE	MADRE	CONYUGE	HERMANO(S)	HERMANA(S)	NINO(S)
	Edad[]	Edad[]	Edad []	Edad[]Edad[]	Edad[]Edad []	Edad[]Edad []
Artritis						
Asma						
Problemas de espalda						
Bursitis						
Cáncer						
Constipación						
Diabetes						
Problemas del disco						
Enfisema						
Epilepsia						
Dolor de Cabeza						
Problemas del Corazón						
Presión Alta						
Insomnio						
Problema de los Riñones						
Problemas del Hígado						
Migraña						
Nerviosidad						
Neuritis						
Neuralgia						
Nervio Pellizcado						
Escoliosis						
Problemas de sinusitis						
Problemas del estomago						
Otros						

Si cualquiera de los anteriores miembros de la familia ha fallecido, indique su edad de muerte y causa:

Certifico que la información proporcionada es exacta a lo mejor de mi conocimiento:

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Guardián autorizado la atención: _____