

## 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)

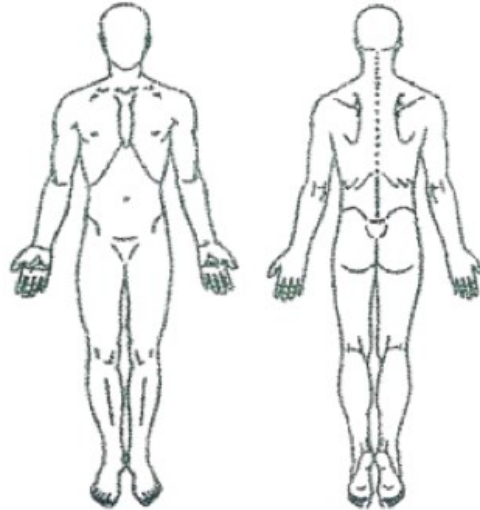
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿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



## SALUD DEL HOMBRE

¿Tiene algún dolor o protuberancia en su escroto o testículos?  Sí  No

¿En algún momento ha sido o tiene su libido afectado (Salud sexual)?  Sí  No

¿Tiene segregación desde su pene?  Sí  No

¿Tiene condiciones prostáticas?  Sí  No

¿Cuándo fue el último examen prostático?  El año pasado  De 1 a 4 años  
 Hace más de 5 años  Nunca me he tomado el examen de la próstata  
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuándo fue el más reciente examen (Antígeno prostático específico) sanguíneo?  El año pasado  De 1 a 4 años  
 Hace más de 5 años  Nunca he practicado el examen sanguíneo PSA  
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuál fue su nivel de PSA (antígeno prostático específico) en su última prueba?  Normal o bajo  Moderado  
 Alto  Nunca me he practicado el examen PSA  
 Prefiero no responder / No sé

## SALUD LA MUJER

¿Se encuentra en estado de embarazo?

Sí  No

¿Se encuentra en estado de lactancia?

Sí  No

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

Sí  No

¿Experimenta periodos menstruales dolorosos?

Sí  No

¿Tienes ciclos menstruales irregulares?

Sí  No

¿Tiene implantes de seno?

Sí  No

¿Se practica el autoexamen de mama?

Sí  No

¿Toma vitaminas para el reemplazamiento de hormonas?

Sí  No

¿Toma anticonceptivos vía oral?

Sí  No

¿Cuándo tomo la última prueba del Papanicolaou?

El año pasado  
 De 1 a 4 años  
 Hace más de 5 años  
 Nunca me he practicado el PAP  
 Prefiero no responder / No sé

El año pasado  
 De 1 a 4 años  
 Hace más de 5 años  
 Nunca me he practicado el examen de mamografía  
 Prefiero no responder / No sé

¿Cuándo fue su última menstruación? (Responda si sigue menstruando)

Mes pasado o actualmente  
 De 1 a 3 meses  
 Más de 3 meses  
 Postmenopáusico  
 No ha comenzado a menstruar  
 Prefiero no responder / No sé



## 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_