

Registro e Historial Quiropráctico

1. Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SS/HIC/Paciente ID #: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Sexo: M F (Ponga en un círculo)

Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Separado(a) Union libre por _____ años

Empresa/Escuela: _____

Ocupación: _____

Dirección Empresa/Escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono Empresa/Escuela: _____

Nombre Esposo(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Empresa Esposo(a): _____

Mejor hora para hablarle: _____

En Caso de Emergencia, Contactar a

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

¿A quien agradecemos su referencia?:

2. Información del Seguro Médico

Compañía de Seguro: _____

Grupo #: _____

¿Quién es el responsable de la cuenta?:

Parentesco con el Paciente: _____

¿Esta el paciente cubierto por otro seguro?:

Si No

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Compañía de Seguro: _____

Grupo #: _____

3. Autorización y Comunicación

Certifico que yo, y/o mi dependiente(s), esta(n) asegurados con

Nombre de Compañía(s) de Seguro

y asignamos directamente al Dr. Brandant Cruz con todos los beneficios del seguro, si los hay, de otra manera los cubriré por los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no por el seguro, autorizo el uso de mi firma en todas las peticiones del seguro. El doctor nombrado anteriormente podrá utilizar mi información de salud personal y puede comunicar esta información a la Compañía(s) de Seguro antes mencionada y sus agentes con el proposito de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios a pagarse por los servicios proporcionados. Este consentimiento terminará cuando mi tratamiento actual sea completado o un año despues de la fecha escrita a continuación.

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante

Escriba el Nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante

Fecha: _____

Parentesco con el Paciente: _____

4. Información de Accidente

¿Su condición se debe a un accidente?:

Si No Fecha: _____

Tipo of Accidente:

Coche Trabajo Hogar

Otro _____

¿A quien a reportado su accidente?:

Seguro del Coche Empresa

Compañía del Trabajador Otro _____

Nombre del Abogado (solo si aplica): _____

5. Informacion del Paciente

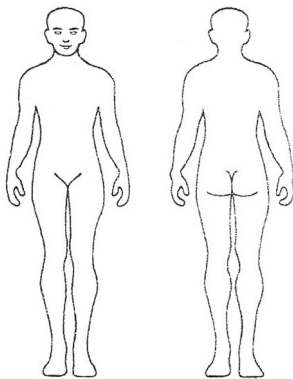
Razón de su Visita: _____

¿Cuándo aparecieron sus sintomas?:

¿Su condición ha empeorado progresivamente?:

Si No No sé

Marque una X en el dibujo mostrando donde tiene dolor, adormecimiento, o cosquilleo:



Califique que tan severo es su dolor en una escala del 1 (menos dolor) al 10 (dolor severo): _____

Tipo de dolor:

Agudo Expandido Pulsante
Adormecido Doloroso Lastimoso
Quemante Cosquilleo Acalambrado
Paralizante Inflamación Otro _____

¿Qué tan seguido tiene su dolor?:

¿Es constante o va y viene?:

El dolor interfiere con su:

Trabajo Sueño Rutina Diaria

Descanso

Situación o movimiento que le produce dolor:

Sentado Parado Caminar

Al doblarse Al acostarse

6. Historial de Salud

¿Qué tratamiento ya ha recibido para su condición?:

Medicamentos Cirugía

Terapia Física Servicios Quiroprácticos

Ninguno Otro _____

Nombre y Dirección de otro(s) doctor(es) que haya(n) tratado su condición:

Última fecha de:

Examen Físico _____

Rayos-X de Columna _____

Examen de Sangre _____

Examen de Columna _____

Rayos-X del Pecho _____

Examen de Orina _____

Rayos-X Dental _____

Resonancia Magnética _____

Encierre en un circulo para señalar si ha tenido lo siguiente:

SIDA/HIV	Alcoholismo	Apendicitis
Alergia	Anemia	Anorexia
Artritis	Asma	Sangrados
Abcesos	Bronquitis	Bulimia
Cancer	Cataratas	
Dependencia Quimica		Varicela
Diabetes	Enfisema	Epilepsia
Fracturas	Glaucoma	Bocio
Gonorrea	Gota	Corazón
Hepatitis	Hernia	Disco Herniado
Herpes	Presion Arterial	
Colesterol Alto		Enfermedad del Riñon
Enfermedad del Hgado		Sarampion
Migraña	Aborto	
Mononucleosis		Multiplesclerosis
Paperas	Osteoporosis	Marcapasos
Parkinson	Nervio Pinchado	
Neumonia	Polio	Próstata
Protesis	Enfermedad Psiquiatrica	
Artritis Reumatoide		Fiebre Reumatica
Fiebre Escarlatina		Enfermedad Sexual
Embolia		Intento de Suicidio
Tiroides	Anginas	
Tuberculosis		Tumores
Fiebre Tifoidea	Ulceras	Infecciones Vaginales
Tos Ferina		
Otro	_____	

Ejercicio:

Ninguno Moderado Diario Intenso

Actividad en el Trabajo:

Sentado Parado Trabajo Ligero
Trabajo Pesado

Habitos:

Fumar Paquetes/Dia _____

Alcohol Copas/Semana _____

Cafe/Cafeina Tazas/Dia _____

Nivel de Estres Alto Razon _____

¿Esta embarazada?: _____

Si No Fecha del Parto: _____

Lesiones/Cirugias que haya tenido:

Descripción y Fecha

Caidas _____

Lesiones Cabeza _____

Fracturas

Dislocaciones _____

Cirugias _____

Medicinas:

Farmacia: _____

Teléfono Farmacia: _____

Alergias:

Vitaminas/Suplementos/Minerales:

7. Historial Familiar

Por favor revise la lista de enfermedades y condiciones e indique aquellas que padece actualmente algún miembro de su familia. Deje en blanco las que no aplican. Encierre en un círculo sus respuestas si su familiar vive cerca de usted ya que algunas condiciones hereditarias surgen en climas similares.

CONDICION	PADRE Edad:	MADRE Edad:	ESPOSO(A) Edad:	HERMANO(S) Edad(es):	HERMANA(S) Edad(es):	HIJOS Edad(es):
Artritis						
Asma - Fiebre de Heno						
Espalda						
Bursitis						
Cancer						
Constipacion						
Diabetes						
Disco						
Emfisema						
Epilepsia						
Dolor de Cabeza						
Corazón						
Presion Arterial						
Insomnio						
Problema Riñon						
Problema Higado						
Migraña						
Nerviosismo						
Neuritis						
Neuralgia						
Nervio Pinchado						
Escoliosis						
Sinusitis						
Problemas Estomacales						
Otro						

Si alguno de sus familiares anteriores ha fallecido, por favor escriba la edad a la que fallecio y la causa:

Certifico que la informacion proveida es lo mas precisa dentro de mi conocimiento:

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____

Fecha: _____

8. Cuestionario para la Consulta

1. ¿Cuál es su principal sintoma?: _____

2. ¿Qué le previene de realizar o disfrutar?: _____

3. Si este se repite, ¿Cuándo lo empeco a notar?: _____

¿Originalmente cómo empezó?: _____

¿Ha empeorado recientemente?: Si ___ No ___ Igual ___ Mejoro ___ Gradualmente Empeoro ___

Si respondio si, ¿Cuándo y cómo?: _____

4. ¿Qué tan frecuente es esta condición?: Constante ___ Diaria ___ Intermitente ___ De Noche ___

¿Cuánto le dura?: Todo el dia ___ Algunas horas ___ Minutos _____

5. ¿Existen algunas otras condiciones o sintomas relacionados con su principal condición?:

Si ___ No ___ Si es si, describalo: _____

6. Describa su dolor: Agudo ___ Expandido ___ Adormecido ___ Cosquilleo ___ Doloroso ___

Quemante ___ Penetrante ___ Otro _____

7. ¿Hay algo que le ayude a quitarle el dolor?: Si ___ No ___ Si es si, describalo: _____

Si no, ¿Qué ha tratado de hacer que no le ha ayudado?: _____

8. ¿Qué empeora su condicion?: Pararse ___ Sentarse ___ Acostarse ___ Doblarse ___

Levantarse ___ Torcerse ___ Otro _____

9. Escriba otros accidentes que haya tenido a los que menciono anteriormente:

10. SOLO MUJERES: ¿Esta embarazada o existe la posibilidad de que este embarazada?

Si ___ No ___ No sé _____

11. Observaciones:

Escriba una "X" sobre la línea para indicar el nivel de su condición:

Sin Sintomas _____ Sintomas Extremos

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

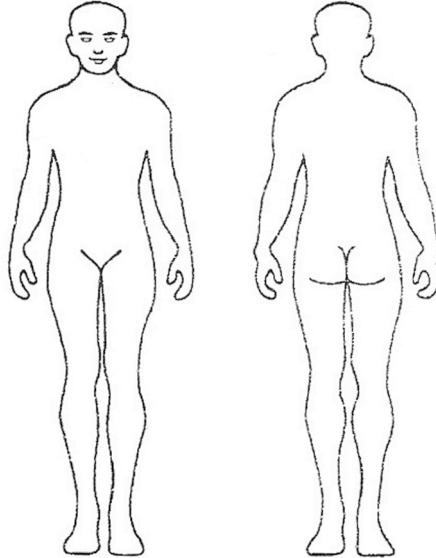
9. Evaluacion Propia del Dolor.

Califique su dolor.

Escriba una "X" en el dibujo para indicar donde tiene dolor. A un lado de la "X" indique el tipo de dolor que siente.

D = Doloroso, Q = Quemante, P = Penetrante, C = Calambre, A = Adormecido, CS = Cosquilleo, L = Lastimoso

(Ejemplo: XP en sus hombros significa que usted tiene un dolor penetrante en sus hombros)



Escala del Dolor.

Encierre en un circulo el nivel de dolor que siente:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10+
Ninguno	Poco		Medio			Severo		Insoporable			

Firma del Paciente o Persona Autorizada: _____ Fecha: _____