

REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del Paciente _____
Apellido _____

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de

_____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (____) _____ Teléfono del Hogar (____) _____

Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No Fecha _____

Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?

Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro

Nombre del abogado (si corresponde) _____

5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

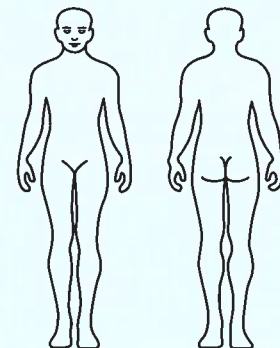
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante
 Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su trabajo sueño rutina diaria recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar Sentarse Pararse Caminar Inclinars Acostarse





¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia Servicios quirúrgicos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____
Rayos X de columna vertebral _____
Análisis de sangre _____

Examen de columna _____
Radiografía de tórax _____
Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____
Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "SI" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Entisema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Gonorea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Alta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Cataratas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Colecterol Alto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

EJERCICIO	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Permanecer sentado	<input type="checkbox"/> Fumar	<input type="checkbox"/> Paquetes por día _____
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Permanecer parado	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Café/bebidas con cafeína	<input type="checkbox"/> Tragos por semana _____
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Trabajo liviano	<input type="checkbox"/> Alto nivel de estrés	<input type="checkbox"/> Tazas por día _____	<input type="checkbox"/> Motivo _____
<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Trabajo intenso			

¿Está usted embarazada? SI No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

MEDICAMENTOS	ALERGIAS	VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES
Nombre de la farmacia _____ Teléfono de la farmacia (____) _____	_____	_____

