

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) _____

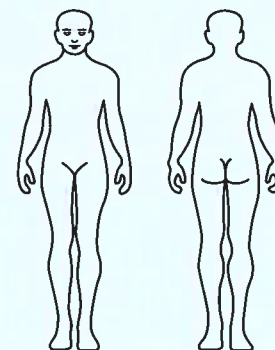
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante
 Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿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 Inclinarsse Acostarse



6

HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos 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 "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

| | | | | | | | |
|-------------------------|---|---------------------|---|-------------------------|---|----------------------------------|---|
| SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Migraña | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Apoplejía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Brotos de alergia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fracturas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anorexia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bocio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Paperas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Apendicitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gonorrea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores, quistes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre tifoidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pinzamiento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quiste de mama | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hernia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Neumonía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Infecciones vaginales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Polio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos ferina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bulimia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problema de próstata | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otros _____ | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prótesis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Cataratas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asistencia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Varicela | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | Sarampión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

EJERCICIO

- Ninguno
 Moderado
 Diariamente
 Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
 Permanecer parado
 Trabajo liviano
 Trabajo intenso

HÁBITOS

- Fumar
 Alcohol
 Café/bebidas con cafeína
 Alto nivel de estrés

Paquetes por día _____
 Tragos por semana _____
 Tazas por día _____
 Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

| Lesiones/cirugías pasadas | Descripción | Fecha |
|---------------------------|-------------|-------|
| Caídas | _____ | _____ |
| Lesiones en la cabeza | _____ | _____ |
| Huesos quebrados | _____ | _____ |
| Dislocamientos | _____ | _____ |
| Cirugías | _____ | _____ |

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

| | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre de la farmacia _____ | _____ | _____ |
| Teléfono de la farmacia (____) _____ | _____ | _____ |