

# Bienvenido

SALUD ÓPTIMA A TRAVÉS DE LA QUIROPRÁCTICA

## Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades quiroprácticas. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarle.

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Prefiere que lo llamen al número de:  La casa  El trabajo  Celular  No tengo preferencia

Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_ años

Empleador o escuela del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleador o escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de su cónyuge o su padre/madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la Cía. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_

¿TIENE SEGURO ADICIONAL?  No  Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

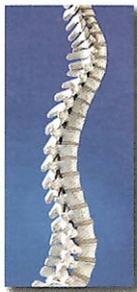
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la Cía. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_



# Síntomas

Motivo de la visita \_\_\_\_\_ ¿Cuándo notó los síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Se está empeorando esta condición? \_\_\_\_\_

¿Dónde específicamente está ubicado el problema(s)? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades son difíciles de realizar?  Sentarse  Pararse  Caminar  Doblarse (Agacharse)  Acostarse  Otro

Tipo de dolor:  Punzante  Débil  Pulsante  Adormecimiento  Adolorido  Agudo

Ardor  Hormigueo  Calambres  Rigidez  Hinchazón  Otro

Clasifique la gravedad de su dolor (de 1, dolor leve o malestar, a 10, dolor severo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Es constante el dolor, o se le pasa y luego regresa? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición? \_\_\_\_\_

Medicamentos  Cirugía  Fisioterapia  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otros médicos que le hayan proporcionado tratamiento para su condición: \_\_\_\_\_

## Historial médico

Marque únicamente las condiciones que correspondan:

- |   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                   | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Hernia                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                | <input type="checkbox"/> Varicela                           | <input type="checkbox"/> Disco herniado        | <input type="checkbox"/> Nervio pinchado          | <input type="checkbox"/> Tumores, bultos       |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones antialérgicas  | <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Herpes                | <input type="checkbox"/> Pulmonía                 | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Polio                    | <input type="checkbox"/> Úlceras               |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                   | <input type="checkbox"/> Enfisema                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal      | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Prótesis                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea    |
| <input type="checkbox"/> Artritis                   | <input type="checkbox"/> Fracturas                          | <input type="checkbox"/> Sarampión             | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica    | <input type="checkbox"/> Tosferina             |
| <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Glaucoma                           | <input type="checkbox"/> Migrañas              | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide      | <input type="checkbox"/> Otros _____           |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangramiento | <input type="checkbox"/> Bocio                              | <input type="checkbox"/> Aborto natural        | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Tumor en el seno           | <input type="checkbox"/> Gonorrea                           | <input type="checkbox"/> Mononucleosis         | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                 | <input type="checkbox"/> Gota                               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple   | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral         |  |
| <input type="checkbox"/> Bulimia                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón             | <input type="checkbox"/> Paperas               | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio      |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Osteoporosis          | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |  |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                  |   | <input type="checkbox"/> Marcapasos            | <input type="checkbox"/> Amigdalitis              |  |

Fechas de los exámenes más recientes \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está usted embarazada?  Sí  No ¿Amamanta?  Sí  No ¿Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Indique cualquier tipo de cirugía que haya tenido y las fechas: \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

## Hábitos diarios

¿Qué tipo de ejercicios hace diariamente?  Ninguno  Moderados  Intensos

¿Qué incluyen sus hábitos diarios de trabajo? (por ejemplo: estar sentado, parado, trabajo liviano, trabajo pesado, trabajo en computadora) \_\_\_\_\_

¿Qué vitaminas toma actualmente? \_\_\_\_\_

¿Qué otro tipo de suplemento nutritivo toma (si corresponde)? \_\_\_\_\_

¿Fuma usted?  No  Sí ¿Cuánto fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto licor consume semanalmente? \_\_\_\_\_

¿Cuánto café o cuántas bebidas con cafeína consume diariamente? \_\_\_\_\_

## Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente