

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) _____

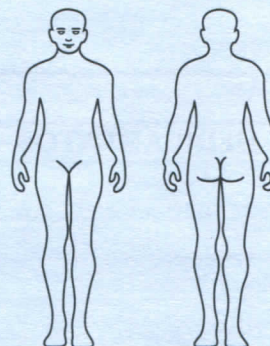
Tipo de dolor: ☐ Agudo ☐ Leve ☐ Pulsante ☐ Entumecimiento ☐ Angustiante ☐ Punzante
☐ Ardor ☐ Comezón ☐ Calambres ☐ Rigidez ☐ Hinchazón ☐ Otro

¿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



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	☐ Sí ☐ No	Enfisema	☐ Sí ☐ No	Migraña	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de transmisión sexual	☐ Sí ☐ No
Alcoholismo	☐ Sí ☐ No	Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Aborto espontáneo	☐ Sí ☐ No	Apoplejía	☐ Sí ☐ No
Brotes de alergia	☐ Sí ☐ No	Fracturas	☐ Sí ☐ No	Mononucleosis	☐ Sí ☐ No	Intento de suicidio	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Esclerosis múltiple	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Anorexia	☐ Sí ☐ No	Bocio	☐ Sí ☐ No	Papavas	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Apendicitis	☐ Sí ☐ No	Gonorrea	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Artritis	☐ Sí ☐ No	Gota	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No	Tumores, quistes	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Enfermedad cardíaca	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de Parkinson	☐ Sí ☐ No	Fiebre tifoidea	☐ Sí ☐ No
Problemas de sangrado	☐ Sí ☐ No	Hepatitis	☐ Sí ☐ No	Pinzamiento	☐ Sí ☐ No	Úlceras	☐ Sí ☐ No
Quiste de mama	☐ Sí ☐ No	Hernia	☐ Sí ☐ No	Neumonía	☐ Sí ☐ No	Infecciones vaginales	☐ Sí ☐ No
Bronquitis	☐ Sí ☐ No	Hernia de disco	☐ Sí ☐ No	Polio	☐ Sí ☐ No	Tos ferina	☐ Sí ☐ No
Bulimia	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Problema de próstata	☐ Sí ☐ No	Otros _____	
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Alta Presión sanguínea	☐ Sí ☐ No	Prótesis	☐ Sí ☐ No		
Cataratas	☐ Sí ☐ No	Colesterol Alto	☐ Sí ☐ No	Asistencia psiquiátrica	☐ Sí ☐ No		
Dependencia de fármacos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No	Artritis reumatoidea	☐ Sí ☐ No		
Varicela	☐ Sí ☐ No	Enfermedad hepática	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No		
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Sarampión	☐ Sí ☐ No	Fiebre escarlata	☐ Sí ☐ 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
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (____) _____

Community Chiropractic
Reconocimiento del Paciente y Notificación de Prácticas de Privacidad
de Conformidad con HIPAA y Consentimiento para el uso de la
Información de la Salud

Nombre _____
Nombre de Paciente

Fecha _____

El abajo firmante reconoce que él o ella entiende esta oficina se atiene a las Prácticas de Privacidad de Conformidad con HIPAA y se ha informado de que una copia completa del Manual de Cumplimiento de HIPAA de esta oficina si está disponible a petición.

El abajo firmante da su consentimiento para el uso de su información de salud de una manera consistente con el Aviso de prácticas de privacidad a HIPAA, el Manual de HIPAA, la ley del Estado y la Ley Federal.

Este día _____ de _____, 20_____

Firmado por _____
Firma del Paciente

Por la presente, le doy mi permiso a _____, de acceso o obtenido de pedir una copia de mis registros médicos o facturas médicas, si es necesario.

Si el paciente es menor de edad o bajo una orden de tutela según lo definido por la ley estatal.

Firmado por _____
Firma del padre/tutor (marque uno)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre _____

Community Chiropractic

Dr. Newell S. Estess III, D.C. and/or Dr. Camila Rosas, DC

403 W. Main St, Suite C Lewisville, TX 75057

972-221-8700

fax: 972-221-5700

www.lewisvillechiroforyou.com

Utilizaremos nuestras manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo en forma de mover las articulaciones. Este procedimiento se conoce como "Manipulación espinal" o "Ajuste espinal" como las articulaciones en la columna vertebral se mueven con un ajuste manual, usted puede experimentar un "pop" como parte del proceso.

Existen ciertas complicaciones que pueden ocurrir como resultado de una manipulación espinal. Estas compilaciones incluyen, pero no se limitan a: cepa, mielopatía cervical, disco y lesiones vertebrales, fracturas, torceduras y luxaciones, síndrome de Bernard-Horner (también conocida como parálisis de oculosympathetic), cepas de costovertebral y separación del músculo. Las complicaciones raras incluyen, pero no se limitan al movimiento. La complicación más común o queja después de la manipulación espinal es un dolor o rigidez en el sitio de ajuste.

Somos conscientes de estas complicaciones, y con el fin de minimizar su ocurrencia tomaremos precauciones. Estas precauciones incluyen, pero no se limitan a tomar una historia clínica detallada de usted y le examinar cualquier defecto que pueda causar una complicación. Este examen puede incluir el uso de rayos x. El uso de equipos de rayos x puede suponer un riesgo si está embarazada. Si usted está embarazada, debe decirnos Cuándo tomamos su historia clínica.

FECHA _____

Nombre

Firma

Firma del padre o tutor (si es menor de edad)