



FORMULARIO DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Número de Seguro Social #: _____

Dirección postal: _____ Apto #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Prefiere ser contactado por: Teléfono o correo electrónico

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: M F

Es usted: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge: _____

Número de hijos: ____ Nombres de los hijos: _____

Estado del empleo: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Desempleado Jubilado Otro

Empleador: _____

Teléfono de trabajo: _____ Ocupación: _____

Si usted es un estudiante universitario: Tiempo parcial o tiempo completo

Persona responsable de las finanzas: Usted mismo Padres Cónyuge Otro

Contacto de Emergencia: (Nombre, Número de Teléfono) _____

Responsable de la Cuenta

Nombre de la Persona Responsable de esta cuenta: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador: _____ Trabajo: _____

Fuente de referencia

¿Te refirió un paciente nuestro? Sí No

Nombre del Paciente: _____

¿Nos encontraste en Internet? Sí No

Si es así, ¿Dónde? _____

Fue referido por: Otro Doctor Seminario MAC Other:

Si es así ¿Por quién? _____

Información general de seguros

*Le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que usted presente su reclamo de Seguro, sin embargo, **no** aceptamos reembolsos de seguros por Sports Chiropractic Services. En el pasado, hemos visto a pacientes recuperar un promedio de 60-80% de sus compañías de seguros, si tienen un plan PPO, y después de que se cumpla el deducible. Para obtener más información sobre por qué no aceptamos el seguro, consulte nuestro sitio web.*

Nombre en el Seguro: _____

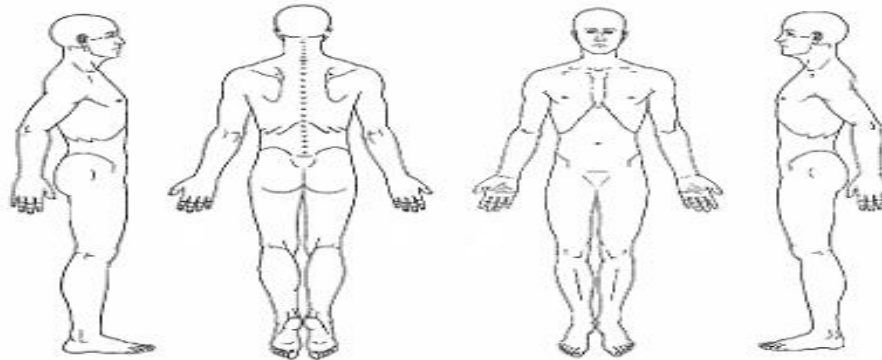
Compañía de Seguros: _____ Group # _____

Teléfono del Seguro: _____ PPO/HMO/Otro

¿Cuanto es su deducible fuera de la red? _____ ¿Cuándo ha usado? _____

Beneficios máximos anuales fuera de la red: _____

1. Motivo de la visita: _____
2. ¿Cuándo notaste por primera vez los síntomas? _____
3. El problema de hoy fue causado por: Accidente automovilístico Lesiones
4. Indique en los dibujos dónde tiene dolor/síntomas



5. ¿Con qué frecuencia experimentas tus síntomas?
 - Constantemente (76-100% del tiempo) Ocasionalmente (26-50% del tiempo)
 - Con frecuencia (51-75% del tiempo) Intermitentemente (1-25% del tiempo)
6. ¿Cómo describirías el tipo de dolor?

<input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Disperso <input type="checkbox"/> Adolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Tieso/duro	<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Intenso con movimiento <input type="checkbox"/> Pinchazo con movimiento <input type="checkbox"/> Punzante con movimiento <input type="checkbox"/> Electric como con el movimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--
7. ¿Cómo cambian los síntomas con el tiempo?
 - Peor Se mantiene igual Mejora
8. Usando una escala de 0-10 (10 siendo el peor) ¿cómo calificaría su problema?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Selecione con un círculo)
7. ¿Cuánto ha interferido el problema con su trabajo?
 - Para nada Un poco Moderado Mucho
8. ¿Cuánto ha interferido el problema con sus actividades sociales?
 - Para nada Un poco Moderado Mucho
9. ¿A quién más has visto por tu problema?
 - Quiropráctico Neurólogo Médico general
 - Doctor de Emergencia Ortopédico Otro
 - Masajista Fisioterapeuta Nadie mas
10. ¿Hace cuánto tienes este problema? _____

11. ¿Cómo crees que comenzó tu problema? _____

12. ¿Considera que este problema es grave?

Si

No

A veces

13. ¿Qué agrava tu problema? _____

14. ¿Qué alivia tu problema? _____

15. ¿Qué es lo que más le preocupa de su problema? _____

16. ¿Qué le impide hacer? _____

17. ¿Cuál es su: Estatura: _____ Peso _____ Ocupación _____

¿Cómo calificaría su salud general?

Excelente

Muy buena

Buena

Normal

Mala

19. ¿Qué tipo de ejercicio haces?

Arduo

Moderado

Liviano

Ninguno

20. Indique si tiene algún familiar inmediato con alguno de los siguientes:

Artritis reumatoide Diabetes Lupus

Problemas cardíacos Cáncer ELA enfermedad de Lou Gehrig

Fechas de los últimos exámenes: _____

¿Embarazada? Sí No ¿Lactante? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Enumere los tipos de cirugías que haya tenido y las fechas en las que se produjeron:

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Alergias: _____

¿Usted fuma? Sí No ¿Cuánto por día? _____

¿Cuánto licor consumes semanalmente? _____

¿Cuánto café o bebidas con cafeína consumes a diario? _____

21. Enumere todos los suplementos que está tomando actualmente:

22. ¿Qué actividades haces en el trabajo?

Sentado La mayor parte del día Mitad del día Muy poco

Parado La mayor parte del día Mitad del día Muy poco

En la computadora La mayor parte del día Mitad del día Muy poco

En el teléfono La mayor parte del día Mitad del día Muy poco

23. ¿Qué actividades realiza fuera del trabajo? _____

24. ¿Alguna vez te han hospitalizado? NO SI

25. ¿Has visto a un quiropráctico antes? En caso afirmativo, ¿hace cuánto? ¿Cuáles fueron los resultados?

26. ¿Has tenido un trauma significativo en el pasado? NO SI

27. ¿Algo más pertinente a su visita de hoy? _____

28. Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, realice un cheque en la columna "pasado" si ha tenido la condición en el pasado. Si actualmente tiene una condición que se indica a continuación, realice un cheque en la columna "presente".

Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de Peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hígado/Vesícula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Codo/ Dolor del brazo superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatiga general
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descoordinación Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Disturbios visuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la pierna superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de tobillo/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumar/uso de tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogas/ Alcohol depend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor y rigidez articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus Sistémico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dermatitis/Eczema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica		Otro_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de pecho		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Solo Para Mujeres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Píldora de control de embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de hormonas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección de la vejiga		<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orina dolorosa		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata		

Historia Deportiva

¿Estuviste activo en deportes? Sí No

¿Cuál(es)? _____

¿Estás actualmente activo en deportes? Sí No

¿Cuál(es)? _____

¿Has sido herido en alguno de estos deportes? Sí No

¿Cuándo/ Cómo? _____

Historia Quiropráctica

¿Alguna vez ha recibido algún tipo de Cuidado Quiropráctico? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién era su Quiropráctico? _____ Estado: _____

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo recibió atención? _____

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuiste? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última visita? _____

Si te de tuviste, ¿por qué te de tuviste? _____

¿Alguien de su familia inmediata recibe atención quiropráctica? Sí No

Historial de Diagnóstico

Si es posible, traiga sus viejas imágenes de diagnóstico e informe con usted cuando venga a su cita

¿Alguna vez alguien ha tomado imágenes de su área lesionada? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Quién tiene las imágenes ahora? _____

¿Cuál es el teléfono de esa oficina? _____

¿Ha tenido o recibe alguno de los siguientes:

(Incluir..... Cuándo, con qué frecuencia, última sesión)

Entrenamiento de ejercicio: Sí No Masaje: Sí No

Yoga: Sí No Acupuntura: Sí No

Otras modalidades: Sí No _____

Consentimiento de autorización

Certifico que he leído y entiendo la información anterior a mi mejor conocimiento. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al Quiropráctico a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me haya entregado a mí o a mi hijo durante o después del período de atención quiropráctica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en el momento del tratamiento en nombre de mi nombre o de mis dependientes. Doy permiso al Dr. Bart Kennedy, D.C., C.C.S.P. y a Dr. Peyton Vickers D.C., FAKTR para administrar tratamiento quiropráctico en Rock Sports & Spine Therapy como se me explicó, incluyendo los beneficios y riesgos involucrados con la aplicación de la terapia manipuladora quiropráctica y las modalidades físicas utilizadas en esta oficina. También, acepto que el Aviso de Privacidad de la Práctica se me ha proporcionado antes de firmar este consentimiento y que lo leo y lo entiendo completamente.

Firma de Paciente _____ Fecha _____