

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular: _____ Telefono alternativo : _____ Correo electrónico: _____

Seguro Social No. _____ Edad: _____ Masculino Femenino

Casado Single Divorced Separado Otro _____ Número de niños _____

Su ocupación _____ Su empleador: _____

Tiempo complete Tiempo parcial Retirado Estudiante Hacedor de Casa Discapacitado Desempleado

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Referido a esta oficina por: Amigo(a) Nombre? _____

T.V/Commercial. Medios de comunicacion social Internet Otro _____

Nombre de Seguridad _____ Miembro # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros? Si No

En caso afirmativo:

Nombre de Seguridad _____ Miembro # _____ Grupo # _____

La razón de su visita: Auto / Ciclo Accidente Caída Deportes en Injuria Lesión en el hogar

Dolor Otro _____ (describa)

¿Ha estado o está siendo tratado por un médico por alguna condición de salud?

Si No Describe la condición _____

Fecha del último examen físico _____

¿Existen condiciones o enfermedades pasadas que debamos conocer? Sí No

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

por alguna enfermedad grave? Sí No

(como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, etc.)

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

¿Tienes un implante de metal? Sí No ¿Te han disparado? Sí No

¿estás tomando algún medicamento? Sí No ¿Está usted embarazada? Sí No

Lista de medicamentos: _____ Fecha del último período menstrual: _____

¿ERES ALERGICO A UN MEDICAMENTO? Si No

Cuales: _____

Quejas y Síntomas

ÁREA DE QUEJA / SÍNTOMA: _____

(Por favor, asegúrese de enumerar cada área de queja por separado)

Fecha que comienzo: _____

How did this occur?: _____

El dolor es...?((Marque la casilla que más se aplica)

CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE VA/VIENE ALEATORIO RECURRIR

De 1 a 10, califique esta queja / síntoma:

_____
(10 siendo el peor)

Describe su incomodidad de esta síntoma . Elija todos los que aplican:

Dolor Profundo Pesado Agudo Palpitante
 Molesto Difuso Intolerable Como un shock Tension
 Ardiente Sordo Traccion Puñalda Dolor Hormiguelo

Ha cambiado tu síntoma desde que empeso? Elija todos los que aplican:

El dolor ha mejorado El dolor empeoró
 El dolor se mantuvo igual Los síntomas desaparecieron

¿Qué mejora tu condición? Elija todos los que aplican:

Ajustes quiroprácticos Madaje Medicamentos Prescripción
 Paquetes Frios Nada Reposo
 Ejercicio Medicameientos El Mostrador Estirarse
 Paquetes Clientes Terapia Fisica Trabajo

¿Qué agrava tu condición? Elija todos los que aplican:

Cualquier Movimiento Toser/estornudar Limpiesa de casa Correr Trabajar
 Ducha Cuidado ninos o mascotas Levantar Sentado Jardine
 Acomodar la cama Manejar Mirar asia el hombro Anallamento
 El Cuidado de familia Comer Estar acostado En Pie
 Cargar Al quedarse dormido Jalar Estress
 Cambiar de posiciones Salir o subir al Carro Empujar Estirarse
 Subir escaleras Salir de cama Alcanzar Hablar por telephono
 Usar Computadora Levantarse de estar acostado Leer Voltiar
 Concentrando Levantarse de estar sentado Movimientos repertidos Retortijón
 Cosinar De Compras Reposo Caminar

Episiodos pasados de esta queja?

Si No

Quidados anteriores para esta queja?

Si No

Quejas y Síntomas

ÁREA DE QUEJA / SÍNTOMA: _____

(Por favor, asegúrese de enumerar cada área de queja por separado)

Fecha que comienzo: _____

How did this occur?: _____

El dolor es...?((Marque la casilla que más se aplica)

CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE VA/VIENE ALEATORIO RECURRIR

De 1 a 10, califique esta queja / síntoma:

_____

(10 siendo el peor)

Describe su incomodidad de esta síntoma . Elija todos los que aplican:

Dolor Profundo Pesado Agudo Palpitante
 Molesto Difuso Intolerable Como un shock Tension
 Ardiente Sordo Traccion Puñalda Dolor Hormiguelo

Ha cambiado tu síntoma desde que empeso? Elija todos los que aplican:

El dolor ha mejorado El dolor empeoró
 El dolor se mantuvo igual Los síntomas desaparecieron

¿Qué mejora tu condición? Elija todos los que aplican:

Ajustes quiroprácticos Madaje Medicamentos Prescripción
 Paquetes Frios Nada Reposo
 Ejercicio Medicameientos El Mostrador Estirarse
 Paquetes Clientes Terapia Fisica Trabajo

¿Qué agrava tu condición? Elija todos los que aplican:

Cualquier Movimiento Toser/estornudar Limpieza de casa Correr Trabajar
 Ducha Cuidado ninos o mascotas Levantar Sentado Jardine
 Acomodar la cama Manejar Mirar asia el hombro Anallamento
 El Cuidado de familia Comer Estar acostado En Pie
 Cargar Al quedarse dormido Jalar Estress
 Cambiar de posiciones Salir o subir al Carro Empujar Estirarse
 Subir escaleras Salir de cama Alcanzar Hablar por telephono
 Usar Computadora Levantarse de estar acostado Leer Voltiar
 Concentrando Levantarse de estar sentado Movimientos repertidos Retortijón
 Cosinar De Compras Reposo Caminar

Episiodos pasados de esta queja?

Si No

Quidados anteriores para esta queja?

Si No