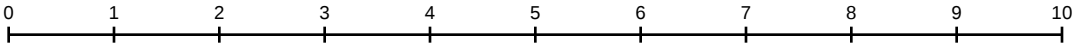


Formulario de Historial del Paciente Nuevo

Nombre _____		Dirección _____	
Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____	Tel. de casa _____
Celular (para confirmar citas) _____		Compañía:	☐ Verizon ☐ AT&T ☐ T-Mobile Otra _____
Correo electrónico (para confirmar citas) _____			
SSN _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Estatura _____ Peso _____
☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Soltero/a	☐ Casado/a ☐ Divorciado/a # de hijos _____ Nombre del cónyuge (o padre/madre) _____
Empleador _____		Dirección _____	
Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____	Tel. trabajo _____ Ocupación _____
¿Cuál es el nombre de su médico de cabecera? _____		¿En qué ciudad se encuentra? _____	
¿Ha recibido atención quiropráctica anteriormente? _____		Si respondió sí, nombre del doctor _____ Fecha de la última visita _____	
Si presenta dolor (cuello, espalda media, espalda baja, etc.), problemas de salud, síntomas y/o molestias, enumérelas en orden de gravedad:			
1. _____	¿Desde hace cuánto? _____		
2. _____	¿Desde hace cuánto? _____		
3. _____	¿Desde hace cuánto? _____		
4. _____	¿Desde hace cuánto? _____		
¿Este problema ha estado ☐ empeorando o ☐ igual?			
Actualmente o en el pasado, ¿ha sentido alguna de estas molestias mientras trabajaba? Sí/No _____			
Si respondió sí, describa qué actividades laborales podrían estar causando estas molestias _____			
¿Hay otras actividades, incidentes o eventos fuera del trabajo que podrían haber causado estas molestias? _____			
Si respondió sí, explique _____			
¿Alguna vez ha sufrido una lesión laboral? Sí/No _____		Si sí, fecha de la lesión _____	
¿Tiene un abogado que lo/la represente por esta lesión laboral? Sí/No _____		Si sí, ¿quién? _____	
¿Ha estado involucrado/a en un accidente automovilístico en los últimos 12 meses? Sí/No _____		Fecha _____	
¿Tiene un abogado que lo/la represente por este accidente? Sí/No _____		Si sí, ¿quién? _____	
¿Cuántos otros pasajeros iban en el automóvil con usted? _____			
Otros médicos consultados por estas condiciones: 1. _____ 2. _____			
Si fue por accidente automovilístico, nombre de su compañía de seguro de auto _____			
¿Ha tenido cirugías u hospitalizaciones? Si sí, enumérelas _____			
Enumere lesiones o enfermedades actuales o pasadas no indicadas arriba _____			
Marque todos los medicamentos (de venta libre y/o recetados) que toma actualmente:			
☐ Aspirina/Tylenol	☐ Analgésicos	☐ Relajante muscular	☐ Insulina ☐ Anticonceptivos ☐ Pastillas para dormir
☐ Antidepresivos	Otros _____		
Nombre de la compañía de seguro médico _____		Titular de la póliza _____	
Seguro médico del cónyuge (si corresponde) _____		Titular de la póliza _____	
Dirección para reclamos del seguro del cónyuge _____		Número de póliza _____	

La escala de calificación a continuación está diseñada para medir el grado en que varios aspectos de su vida están actualmente afectados por su condición de salud (dolor y/o síntomas que pueda estar experimentando). En otras palabras, queremos saber cuánto su condición de salud le impide hacer lo que normalmente haría, o hacerlo tan bien como normalmente lo haría. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, no solo cuando el dolor está en su peor momento.

Para cada una de las seis categorías de la vida diaria, **INDIQUE EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU NIVEL TÍPICO DE ACTIVIDAD**. 0 significa ninguna discapacidad y 10 significa que todas las actividades en las que normalmente participaría han sido totalmente interrumpidas o impedidas por su condición de salud.



Completamente capaz de funcionar

Totalmente incapaz de funcionar

1. RESPONSABILIDADES FAMILIARES/DEL HOGAR:

actividades relacionadas con el hogar o la familia, incluidos quehaceres y tareas domésticas (jardinería, lavar platos, mandados, favores para familiares, llevar a los niños a la escuela, etc.).

2. RECREACIÓN:

pasatiempos, deportes y otras actividades similares de tiempo libre.

3. ACTIVIDAD SOCIAL:

actividades con amigos y conocidos que no sean familiares, incluidas fiestas, teatro, conciertos, salir a comer y otras funciones sociales.

4. OCUPACIÓN:

actividades que forman parte o están directamente relacionadas con el trabajo, incluidos trabajos no remunerados, como labores del hogar o voluntariado.

5. CUIDADO PERSONAL:

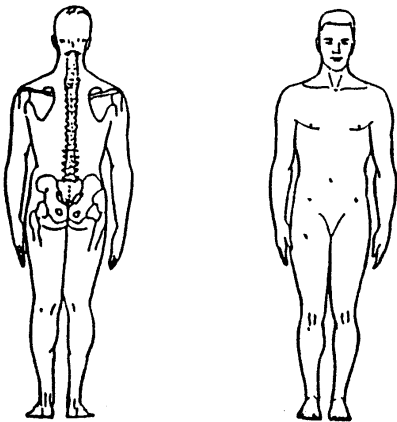
actividades de mantenimiento personal y vida diaria independiente (ducharse, conducir, vestirse, etc.).

6. ACTIVIDADES BÁSICAS PARA LA VIDA:

conductas básicas para la vida, como comer, dormir y respirar.

Si presenta algún problema de salud, marque la ubicación exacta de su dolor en el diagrama de abajo. También describa el tipo y la frecuencia del dolor. Por ejemplo: sordo, agudo, constante, intermitente, al estar de pie, sentado/a, caminando, etc.

COMPLETE ESTOS DIAGRAMAS



Método de pago para los cargos de hoy: _____

☐ EFECTIVO

☐ CHEQUE

☐ TARJETA DE CRÉDITO

AVISO: NO TODOS LOS PACIENTES REQUIEREN RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR EL TIPO Y LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN. SI SU EXAMEN JUSTIFICA UN ANÁLISIS RADIOGRÁFICO, SE APLICA LA SIGUIENTE POLÍTICA DE LA OFICINA:

- 1. Todos los cargos de la primera visita deben pagarse cuando se prestan los servicios.
- 2. El cargo pagado por las radiografías corresponde únicamente al análisis. Estamos obligados a conservar sus radiografías originales. Las películas pueden prestarse a otro proveedor de salud únicamente con su autorización previa.

Firma del paciente _____

Fecha _____