

# Información de Paciente

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Acct# \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: H M Casamiento: Soltero Casado Viudado Divorciado # de hijos \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cuidado quiropráctico? S N ¿Cuánto tiempo ha pasado? \_\_\_\_\_  
El propósito o la razón de esta cita \_\_\_\_\_  
¿Qué tratamiento ha recibido para su condición? Medicamentos Cirugía Fisioterapia Quiropráctica Ninguno  
¿Tomas bebidas alcohólicas? S N ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Fumas? S N ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Haces ejercicio? S N ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Tipo? \_\_\_\_\_  
¿Tienes alergias? (especificar) \_\_\_\_\_ Fecha de último examen físico \_\_\_\_\_  
Rayos X Espinal \_\_\_\_\_ Examen Espinal \_\_\_\_\_ Rayos X torácico (pecho) \_\_\_\_\_ MRI, CT Scan \_\_\_\_\_  
Bone Scan \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que estabas en un accidente? (especificar) \_\_\_\_\_  
¿Estás embarazada? S N ¿Primer día de ciclo menstrual? \_\_\_\_\_ ¿# de embarazos? \_\_\_\_\_ ¿Abortos involuntarios? \_\_\_\_\_

## Historia Personal de Salud- Marque por favor cada condición que tienes ahora o has tenido en el pasado:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mareo/ Desmayo                | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                 |
| <input type="checkbox"/> Insomnio                      | <input type="checkbox"/> Manos y pies fríos         | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    |
| <input type="checkbox"/> Resistencia Baja              | <input type="checkbox"/> Tremores de manos          | <input type="checkbox"/> Marcapasos                   |
| <input type="checkbox"/> Tensión                       | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria         | <input type="checkbox"/> derrame cerebral             |
| <input type="checkbox"/> Confusión                     | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                | <input type="checkbox"/> Cáncer                       |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                        | <input type="checkbox"/> Palmas sudorosas           | <input type="checkbox"/> Rupturas de órganos          |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                       | <input type="checkbox"/> Dificultad de hablar       | <input type="checkbox"/> Toz de sangre                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista         | <input type="checkbox"/> Ansiedad                   | <input type="checkbox"/> Disorden alimentario         |
| <input type="checkbox"/> Problemas del oído            | <input type="checkbox"/> Irritabilidad              | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de respiración     | <input type="checkbox"/> Huesos rotos o fracturados | <input type="checkbox"/> Drogadicción                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón         | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorias    | <input type="checkbox"/> VIH Positivo                 |
| <input type="checkbox"/> Perdida del control de vejiga | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide        | <input type="checkbox"/> Problemas vesiculares        |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                 | <input type="checkbox"/> Convulsiones               | <input type="checkbox"/> Problemas de la cabeza       |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                       | <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas    | <input type="checkbox"/> Depresión                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de digestión        | <input type="checkbox"/> Sangría excesiva           | <input type="checkbox"/> Tumores                      |
| <input type="checkbox"/> Náusea                        | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea          | <input type="checkbox"/> Paperas, varicela, sarampión |
| <input type="checkbox"/> Problemas menstruales         | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |   |

Por favor identifica todo medicamento o vitamina que has tomado o tomas actualmente y también facilidades/ proveedores médicos que has visitado o visitas actualmente, si los hay, por toda problema presentada.

### Lista de medicamentos

### Lista de problemas

Medicamentos	Vitaminas/ Hierbas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Anota cualquier herida: Caidas, heridas de la cabeza, huesos rotos, dislocaciones, cirugías, etc.
_____
_____
_____
_____

### Historia de Paciente

¿Que es tú quejada primaria? \_\_\_\_\_

En la escala abajo, por favor marca con un círculo la **severidad** de tu **quejada primaria** (al peor)

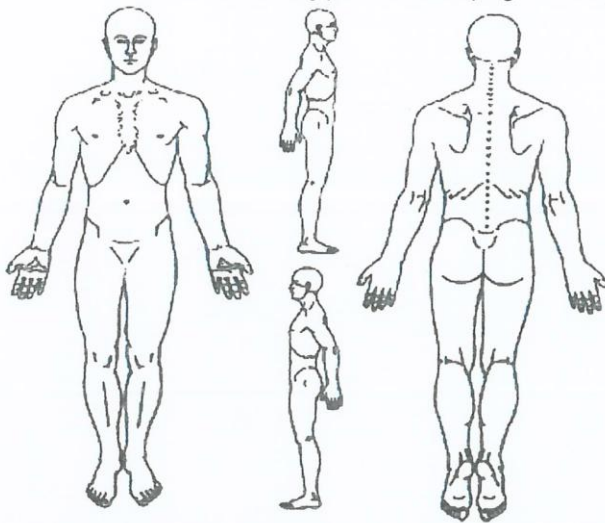
Nada	Poco	Templado	Moderado	Severo
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

En la escala abajo, por favor marca con un círculo el **porcentaje del tiempo** que experimentas tu **quejada primaria**

Ocasional	Intermitente	Frecuente	Constante
0	10	20	30
40	50	60	70
80	90	100	

En la diagrama abajo, muestra donde sientas toda quejada actual usando las letra siguientes:

**D:** Dolor general **Q:** Dolor quemante **C:** Calambre **S:** Dolor sordo **A:** dolor adormecedor **H:** hormigueo



¿Hace cuanto que tienes tu **quejada primaria**?

¿Cuándo es el más que la sientes? AM PM

¿Cuanto tiempo dura? \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ horas

¿Que hace sentir mejor? \_\_\_\_\_

¿Que hace sentir peor? \_\_\_\_\_

¿Has tenido este problema anteriormente? S N

Por este problema, he sido

- Sido hospitalizado
- he sido tratado por otro quiropractico
- he sido tratado por otro médico especializado
- nunca he recibido tratamiento medico

¿Has perdido tiempo en el trabajo por causa de esto? S N

¿Fecha? \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

¿Tienes **dolor** or **dificultad** al hacer cualquier de **los siguientes**?

- |  |                                  |                                      |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cuidarse personalmente | <input type="radio"/> Trabajar   | <input type="radio"/> Caminar        |
| <input type="radio"/> Alzar                  | <input type="radio"/> Manejar    | <input type="radio"/> Sentarse       |
| <input type="radio"/> Leer                   | <input type="radio"/> Dormir     | <input type="radio"/> Pararse        |
| <input type="radio"/> Concentrar             | <input type="radio"/> Recreación | <input type="radio"/> La Vida Social |

#### Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Por la presente solicito y consiento la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluso varios modos de terapia física y rayos X para mí (o el paciente nombrado abajo, de quien soy responsable legalmente), por el Dr. Ammon Opie, DC, y/u otro doctores quiroprácticos o aquellos trabajando en la clínica u oficina que me tratan ahora o en el futuro que sean empleados, o asociados con Opie Quiropráctico. Entiendo y estoy informado que, en la práctica quiropráctica hay algunos riesgos de exámenes y tratamientos incluso, pero no limitado a: dolores, fracturas, heridas de discos, derrames cerebrales, dislocaciones, esquinces, y aumentos de síntomas y dolores o no mejoramiento de síntomas de dolor. No espero que el doctor pueda saber con anticipación y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el mejor juicio del doctor durante el curso del procedimiento que, a la consideración del doctor, basándose en los factos conocidos entonces, es en mi mejor interés. Además, reconozco que ninguna garantía me ha sido hecho concerniente de los resultados de los tratamientos. Intento que este formulario de consentimiento cubra el curso completo de tratamiento de mi condición presente y para toda condición futura que yo busque tratamiento. Entiendo que puedo rehusar tratamiento a cualquier tiempo y que estoy responsable por mis decisiones concernientes a mi cuidado de la salud.

Al firmar abajo, he leído, o se me ha leído, el consentimiento arriba y declaración de tratamiento, y que certifico que mi información médica arriba es correcta, según mi mejor conocimiento.

Reconozco que he recibido **Opie Chiropractic's** Noticio de Practicas Privadas para información protegida de salud.

Firma de paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si menores, firma de padre o guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Reconocimiento del Paciente y Recibo De  
Aviso de Practicas de Privacidad de Conformidad  
Con HIPAA y Consentimiento  
Para el uso de la Información medica**

Nombre \_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del paciente

Fecha\_\_\_\_\_

El abajo firmante por este medio reconoce que el o ella a recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de conformidad con HIPAA de esta oficina y ha sido advertido que una copia complete el Manual de Compilan HIPAA esta disponible en esta oficina si usted la solicita

El abajo firmante por este Medio da consentimiento para permitir que se utilice la información médica de el o ella de forma coherente con el Aviso de Practicas de Privacidad de conformidad con HIPAA, el Manual de Compilan HIPAA, ley del Estado y ley Federal.

Con fecha del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

Firmado por \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Si el paciente es un menor, o está bajo orden, de tutela según lo definido por la ley Estatal firmado por:

Firmado por \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre/Guardián (Poner circulo en uno)