



CASO CONFIDENCIAL DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____ Numero Telefonico _____ S.S.# _____

Domicillio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigopostal _____

Edad _____ Fecha Denacimiento _____ Estado Civil C S V D Numero de hijos _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Domicilio de empleador _____ Numero telefonico de trabajo _____

Nombre de conuve _____ Numero telefonico de conuve _____

En caso de una emergencia favor de hoblara _____ Numero telefonico _____

En donde ollo de nuestra oficina ___ Amigo ___ Paginas Telefonicas ___ Empleador ___ otros

Favor de apuntar las quejas, y la fecha en que comensaron empesando con la queja principal.

Quejas

Fechas

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

Su condicion esta pior ___ si ___ no ___ va y viene

A visitado otro medicos para estas condiciones ___ si ___ no

Favor de apuntar otros medicos que a visto y las fechas, aproximados

Medico

Fechas aproximadas

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

Le an ocurido accidents, grabes o caidas dentro de ___ un ano ___ 5 anos ___ o nunca

Le ocurido accidentes, que tipo ___ auto ___ trabajo ___ tiempo libre ___ casa ___ deportes ___ otros

Explice francamente: _____

Toma medicamentos ___ si ___ no (marke abajo)

___ Pastillas para nervios ___ pastilles para dolor ___ relajantes para musculos ___ pastilles de energia

___ tranquilizantes ___ antconceptivas ___ aspirina ___ laxantes

Apunte serugias y las fechas aproximadas

Serugias

Fechas

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

Alguna familiar sufre de : **Quien**

Quien

Cancer si no _____

Alta presion de sangre si no _____

Tuberculosis si no _____

Apoplejia si no _____

Diabetis si no _____

Epilepsi si no _____

Problemas cardiacos si no _____

Arteriosclerosis si no _____

Marque las condiciones por las que sufre:

- ___ Alcolismo ___ Asma ___ Diptheria ___ Goiter ___ Malaria
___ anemia ___ Cancer ___ Eczema ___ Gota ___ Sarampion
___ Appendicitis ___ chorea ___ Emphysema ___ Cardiaco ___ Milgranias
___ Artesclerosis ___ Ampollas de restrillo ___ Epilepsy ___ Influenza ___ Extrabio
___ Artritis ___ Diabetis ___ Ampollas de fiebre ___ Lumbago ___ Sclerosis
___ Paperas ___ Pleuresia ___ Pneumonia ___ Polio ___ Fibre Reumatica
___ Escarlatina ___ Apoplejia ___ Tuberculosis ___ Tifoidea ___ Ulceras
___ Enfermedad uenerea ___ Toss ferina

Marke los sintomas que le an ocurrido al transcurir de un ano

- | | | |
|---|---|--|
| General | Musculos y coyonturas | Ojos,ollidos,
Nariz y Garganta |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Vertebral Curuiada | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Escalofrios | <input type="checkbox"/> Brsitis <input type="checkbox"/> Collonturas Inflamados | <input type="checkbox"/> Resfrillos |
| <input type="checkbox"/> Convaciones | <input type="checkbox"/> Problema en los pies | <input type="checkbox"/> Ojos cruzados |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor en la cintura | <input type="checkbox"/> Decaymiento Dental |
| <input type="checkbox"/> Fatigues | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Dolor de ollidos |
| <input type="checkbox"/> Fibre | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Derames en ollidod |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en medio de ombros | <input type="checkbox"/> Oye ruidos |
| <input type="checkbox"/> perdido de sueno | Tiene dolor o siente dormido los: | <input type="checkbox"/> Glandulas que crecen |
| <input type="checkbox"/> Adelgasando | <input type="checkbox"/> Ombros <input type="checkbox"/> Piernas | <input type="checkbox"/> Thyroid que crece |
| <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Rodillas | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo |
| <input type="checkbox"/> Nueralgia | <input type="checkbox"/> Codas <input type="checkbox"/> Dolores en el columna | <input type="checkbox"/> Perdido de vista |
| <input type="checkbox"/> Sudas | <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Mala Postura | <input type="checkbox"/> Lejos Miope |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Sciatica | <input type="checkbox"/> Dolores de encias |
| Cardiovascular | | <input type="checkbox"/> Lejos miope |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | | <input type="checkbox"/> Dolor de encias |
| <input type="checkbox"/> Angina | | <input type="checkbox"/> Ronquera |
| <input type="checkbox"/> Enduresimiento de arterias | | <input type="checkbox"/> Serca miope |
| <input type="checkbox"/> Alta presion de sangre | | <input type="checkbox"/> Sangre de nariz |
| <input type="checkbox"/> Baja presion de sangre | | <input type="checkbox"/> Infecion en sinusitus |
| <input type="checkbox"/> mala circulacion | | <input type="checkbox"/> Anginas adoloidas |
| <input type="checkbox"/> Palpido rapido | | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Palpido despacio | | |
| <input type="checkbox"/> inflamacion de tobillos | | |
| Respiratorio | Gastro Inestinal | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Erupta o gases <input type="checkbox"/> Abodomen destinsado | |
| <input type="checkbox"/> Toss chronica | <input type="checkbox"/> Colitus <input type="checkbox"/> Problema con la bejiga | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respirando | <input type="checkbox"/> Problemas con el colon <input type="checkbox"/> Hemmeroides | |
| <input type="checkbox"/> Scupe sangre | <input type="checkbox"/> Estreniento <input type="checkbox"/> Lumbrices en estentino | |
| <input type="checkbox"/> Scupe flema | <input type="checkbox"/> Diarea <input type="checkbox"/> Ictericia | |
| <input type="checkbox"/> Silbido | <input type="checkbox"/> Dificultad con digestion <input type="checkbox"/> Problema en el igado | |
| Piel | <input type="checkbox"/> Nausia <input type="checkbox"/> Dolor estomacal | |
| <input type="checkbox"/> Sequedad | <input type="checkbox"/> Appetito perdido <input type="checkbox"/> Gomitos | |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Gomitos de sangre <input type="checkbox"/> Dolor de recio | |
| <input type="checkbox"/> Rasceras | | |
| <input type="checkbox"/> Erupcion | | |
| <input type="checkbox"/> Uenas Uaricosas | Solamente para mujeres | |
| Gentro | <input type="checkbox"/> Los pechos siente llenos o duelen | |
| <input type="checkbox"/> Urina en cama | <input type="checkbox"/> Calambres o dolor de espalda | |
| <input type="checkbox"/> Urina sangre | <input type="checkbox"/> Periodos muy fuertes | |
| <input type="checkbox"/> Urina Frequmentamente | <input type="checkbox"/> sudores | |
| <input type="checkbox"/> Infeccion de riniones | <input type="checkbox"/> Sangramientos que no se regulan | |
| <input type="checkbox"/> Dolor cuando urina | <input type="checkbox"/> Simtomas de menopausia | |
| <input type="checkbox"/> Urina pus | <input type="checkbox"/> Dolor con periodos | |
| <input type="checkbox"/> Inabilidad para controlar vegiga | <input type="checkbox"/> Derames viginales | |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la prostata | | |

Nunca le ocurio:

- Golpiado inconciente si no
- A usado un baston o muletas si no
- Lo an tratado para desorden de nervios o espinazo si no
- Nunca se a fracturado algun hueso si no
- A sido hospitalizado, al no ser una serugia si no
- A tienido una transfusion de sangre o plasma si no

Usted:

- Fuma si no
- Toma vitaminas o minerales si no
- Cree que nesecita vitaminas o minerales si no
- Es alergico a alguna droga si no

Fecha de ultima:

- Examinacion del espinaso __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Examinacion de phisico __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Examen de sangre __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Radiografia del pecho __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Radiografia del espinazo __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Radiografia del dental __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca
- Examen de urine __ menos de 6 meses __ 6-18 meses __ mas de 18 meses __ nunca

Habits

- Alchol __ mucho __ poco __ nunca
- Café __ mucho __ poco __ nunca
- Tabaco __ mucho __ poco __ nunca
- Drogas __ mucho __ poco __ nunca
- Ejercicio __ mucho __ poco __ nunca
- Dormir __ mucho __ poco __ nunca
- Apetito __ mucho __ poco __ nunca

-Esta usted embarazada- si no

Favor de marcar el tipo de tratamiento que usted desea nosotros se guiados por sus deseo siempre y cuando sea possible.

- Yo prefiero que el medico elisa el tratamiento que el crea mejor para mi
- Mejoramiento maximo Alivio temporal

Usted tiene seguro medico si no compania _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que policas de seguro de accidents son un areglo entre la aseguranza y yo mismo. Yo entiendo que la oficina del doctor preparara algun reporte o formas nesesia para asistirme en aser una coleccion a la aseguranza medica, y que alguna cantidad autorisada sea pagada directamente a la oficina del doctor sea puesto a cridito mio, Al recibir algun resibo. Claramente entiendo y estoy de acuerdo que todo los servicios que yo reciba seran cobrados directamente a mi y yo sere personalmente responsable para pagar. Tambien entiendo que isi yo suspendo o acabo con mi tratamiento cual quiere cobransa para servisiros porfesionales seran cobrados a mi, imediatemente, y pagados.

Firma de pasiente _____ Fecha _____
 Guardian o conuve firma _____ Fecha _____

Information tomada por



CONSENTIMIENTO ENTERADO

LA QUIROPRACTICA NO ES CIRUJIA Y ES UN PROCESO QUE NO ES INVASIVO Y TIENE EL RECORD MAS SEGURO EN TODOS LOS CUIDADOS DE SALUD. COMO CUALQUIER ESPECIALIDAD DE SALUD NO PODEMOS PROMETER CURA PERO SI LE PODEMOS DAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE Y DISCUTIR CUALQUIER PREGUNTA O PREOCUPACION QUE TENGA.

PUEDE SER QUE EL PACIENTE EXPERIMENTE SINTOMAS TEMPORALES COMO MAS DOLOR SIGUIENDO UN MASAJE MANIPULACION DE LA COLUMA VERTEBRAL O TRACION. EN ADICION LA FISIOTERAPIA COMO EL HIELO CALOR ULTRASONIDO O ESTIMULAR ELECTRICO DE MUSCULOS PUEDE SER IRRITAR LA PIEL. HABIENDO CASOS RAROS EN DONDE EL ADJUSTE PUEDE SER QUE CAUSE FRACTURA EN LA COSTILLA O AGRAVAR ABULTAMIENTO O DISCO HERNIADO. EN EXTREMO CASOS RAROS ADJUSTES A CIERTA AREAS DE LA COLUMA CERVICAL HABIENDO RELACIONADO AL COMPROMISO DE LA ARTERIA VERTEBRAL Y POSIBLE SINTOMALOGIA DE APOPLEJIA. EL MAS RECIENTE ESTUDIO (JOURNAL OF THE CAA, VOL 37, NO 2, JUNE 1993) ESTIMA QUE INCIDENCIA DE ESTE TIPO DE APOPLEJIA ES 1 EN CADA 3 MILLIONES DE ADJUSTES CERVICALS.

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA FORMA O DE LA DECLARACION ARRIBA POR FAVOR DE PREGUNTAR A SU DOCTOR.

HABIENDO LEIDO CON DILIGENCIA YO POR ESTO DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE QUIROPRACTICA ADMINISTRADA.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____



Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgacion de la informacion de Salud para Trantamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de Salud.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, Bluestone Chiropractic Group origina y mantiene documentacion y/yo describiendo mi historia de salud, sintomas, reconocimiento y resultados de exámenes, diagnosticos, tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta informacion sirve como:

- • Una base para plantificar mi cuidado y tratamiento,
- • Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud quienes contribuyen a mi cuidado,
- • Una fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi factura,
- • Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que los servicios facturados fueron rovistos realmente, y
- • Una herramienta para operaciones de rutina en el cuidado de salud tales como la evaluacion de la calidad y revision de la aptitud de los profesionales del cuidado de salud.

Entiendo que se me ha proporcionado un *Aviso de la informacion de las Practicas* que provee una descripcion mas completa del uso y divulgacion de la informacion. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- • El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,\
- • El derecho a objectar el uso de mi informacion de salud para propositos de directorio, y
- • El derecho a solicitar restricciones en cuanto a la manera en que puede ser utilizado o divulgada mi informacion de salud para relizar tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud.

Entiendo que Bluestone Chiropractic Group no es requerida a estar de acuerdo con las restricciones solicitados. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta el punto en que la organización ya haya tomado accion en esto. Ademas entiendo que el rehuasrme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede rehusar brindarme tratamiento como esta permitido por la Seccion 164.506 delCodigo de Regulaciones Federales.

Yo entiendo ademas que Bluestone Chiropractic Group se reserva el derecho de cambiar su aviso y practicas y previo a la implementacion de acuerdo con la Seccion 164.520 delCodigo de Regulaciones Federales. Si Bluestone Chiropractic Group cambiara su aviso, ellos enviaran una copia de cualquier aviso revisado al domicilio que he propocionando (ya sea por medio del correo postal de los Estados Unidos o si estoy de acuerdo, correo electronico).

Deseo solicitar las siguientes restricciones para el uso divulgacion de mi informacion de salud:

Entiendo que como parte del tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud de esta organización para dicha divulgacion para estos usos permitidos, incluyendo divulgaciones via fax.

Recordatorios de Citas y Autorizacion para brindar Informacion del Cuidado de salud

Su quiropractico y los miembros del personal de la practica podrian necesitar utilizar su nombre, domicilio, numero telefonico, y sus expedientes clinicos para comunicarse con usted con respecto a los recordatorios de sus citas, brindarle informacion acerca de tratamientos alternativos, u otra informacion relacionada con la salud que pudiera ser de interes para usted. Si este contrato es via telefonica y usted no esta en su hogar, dejaremos un mensaje en su maquina contestadora. Al firmar este formulario, usted nos esta otorgando la autorizacion para comunicarme con usted para estos recordatorios y esta informacion.

Usted puede restringir a los individuo u organizaciones a las cuales es divulgada su informacion del cuidado de la salud o usted nos puede revocar su autorizacion en cualquier momento; sin embargo su revocacion debe estar por escrito y enviada por correo al domicilio de nuestra oficina. Nosotros no podremos considerar su solicitud de revocar su autorizacion. Además, si usted fue requerido a otorgar su autorizacion como una condicion para obtener seguro, la compania de seguros podria tener un derecho a su informacion de salud si ellos deciden contestar cualquiera de sus reclamos.

La informacion que nosotros utilicemos o divulguemos en base a la autorizacion que usted esta otorgandonos podria estar sujeta a volver a ser divulgada por cualquiera quien tenga acceso al recordatorio u otra informacion y podria ya no estar protegido por las reglas federales de privacidad.

Usted tiene el derecho de rehusarse a otorgamos esta autorizacion. Si no nos otorga esta autorizacion, esto no afectara el tratamiento que nosotros le proveemos a usted o los metodos que utilizamos para obtener el reembolso por el cuidado de su salud.

Usted puede inspeccionar o copiar la informacion que utilizamos para comunicarnos con usted para proveerle los recordatorios de sus citas, informacion acerca de tratamiento alternativos, u otra informacion relacionada con su salud en cualquier momento.

Yo autorizo a ustedes a utilizar o divulgar mi informacion de salud en la manera arriba descrita. Además reconozco que he recibido una copia de esta autorizacion.

Este aviso entra en vigor a partir del primer dia, esta autorizacion expirar site anos despues de la falta en la cual usted recibio los ultimos servicios de parte nuestra.

Firma del Paciente

Fecha



CUESTIONARIO DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____
Fecha del accidente: _____ Tiempo de dia del accidente: _____

Favor de describir el accidente en detalle:

En el accidente:

Era usted Manejador Pasajero Pedestre Otro _____
Su carro choco con otro? Si No
El otro carro choco con su carro? Si No
Lo chocaron por: Detras Adelante Lado izquierdo Lado derecho
Se entregaron multas de trafico? Usted Manajador de su carro Manajador del otro carro
 ninguno
En que direccion iba su carro? Norte Sur Este Oeste en que
calle? _____
En que direccion iba el otro carro? Norte Sur Este Oeste en que calle?

Favor de describir sus sintomas inmediateamente despues del accidente:

Favor de marcar (X) los sintomas presentes desde el accidente:

Dolor de cabeza irritabilidad Adormecimiento de dedos Sonrojo de cara Pies frios
 Dolor de cuello Dolor en el pecho Zumbido en los oidos Manos
frias
 Cuello tieso La cabeza pesada Respiracion dificil Perdido balanza Malestar de estomago
 Problemas dormiendo Sensacion de alfileres y agujas en brazos Fatiga Perdida de oler
 Dolor de espalda Deprecion Perdio el sabor Sudor frio
 Nerviosismo Sensacion de alfileres y agujas en pies Molestia la luz en ojos Diarrea
 Tencion Adormecimiento de dedos Falta de memoria Repique en los oidos

Otras sintomas que no estan escritas _____

Ha perdido tiempo de trabajo? No Si Fechas: _____

Requerio Hospital? Si No Emergencia solamente

Si hospitalizado fecha de admitir _____ fecha de alta _____

Nombre de hospital _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado y Codigo _____

Nombre del doctor _____

INFORMACION SOBRE ASGURANSAS

Su seguransa de auto:

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Ajustador _____

Telefono _____

Numero de reclamo _____

Numero de poliza _____

Te has comunicado con la compania de seguro:

Si No Fecha _____

Su seguransa medico personal:

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Ajustador _____

Telefono _____

Numero de reclamo _____

Numero de poliza _____

Te has comunicado con el seguro:

Si No Fecha _____

Estas cubrido por mas de una poliza
medica? Si No

Si contesto si, favor de darnos informe.

Informacion de seguro sobre
el que tenia la culpa en el accidente

Nombre de manajador _____

Nombre del asegurado _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Telefono _____

Nombre de asguransa _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Adjustador _____

Telefono _____

Numero de poliza _____

Se ha comunicado con un representante de la compania de aseguransa? Si No

Fecha de comunicacion _____ Con: _____ Nombre de Aseguransa

Informacion de seguro sobre
el carro en el que usted era pasajero

Nombre de manajador _____

Nombre del asegurado _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Telefono _____

Nombre de asguransa _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado, Codigo _____

Adjustador _____

Telefono _____

Numero de poliza _____

Tienes Abogado Si No Fecha que fue retenido _____

Nombre _____

Formulario Electrónico de Record Medico

Requerimiento para el programa HER del gobierno

Nombre : _____ Apellido : _____

Correo Electrónico: _____@_____

Método de comunicación preferente para recordatorios al paciente (Escoja uno): correo electrónico/ numero de teléfono/ correo

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Sexo (escoja uno): Hombre/Mujer Idioma: _____

Uso de tabaco (escoja uno): Fuma a Diario/ Fuma Ocasionalmente/ Ex Fumador/ Nunca a Fumado

CMS requiere a los proveedores de salud reportar tanto la raza como la etnia

Raza (Escoja uno): Nativo Americano o Nativo de Alaska/ Asiático/ Afroamericano/ Blanco (caucásico)

Etnia (Escoja uno): Hispano o Latino / Ninguno de los dos/ Me Niego a Contestar

Esta Usted tomando algún tipo de medicamento? (Incluir también las de uso regular que obtiene sin receta medica)

Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia (i.e 5mg cada día, etc.)

Es Alérgico a algún medicamento?

Nombre de la medicina	Reacción	Fecha de Inicio	Comentarios

Me niego a obtener una copia del resumen clínica después de cada visita _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Para uso exclusive de la oficina

Altura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____ / _____