



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"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Ojos cruzados |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor en la cintura | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor en medio de ombros | <input type="checkbox"/> Decaymiento Dental |
| <input type="checkbox"/> Fatigues | Tiene dolor o siente dormido los: | | <input type="checkbox"/> Dolor de ollidos |
| <input type="checkbox"/> Fibre | <input type="checkbox"/> Ombros | <input type="checkbox"/> Piernas | <input type="checkbox"/> Derames en ollidod |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Brazos | <input type="checkbox"/> Rodillas | <input type="checkbox"/> Oye ruidos |
| <input type="checkbox"/> perdido de sueno | <input type="checkbox"/> Codas | <input type="checkbox"/> Dolores en el columna | <input type="checkbox"/> Glandulas que crecen |
| <input type="checkbox"/> Adelgasando | <input type="checkbox"/> Manos | <input type="checkbox"/> Mala Postura | <input type="checkbox"/> Thyroid que crece |
| <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Caderas | <input type="checkbox"/> Sciatica | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo |
| <input type="checkbox"/> Nueralgia | | | <input type="checkbox"/> Perdido de vista |
| <input type="checkbox"/> Sudas | | | <input type="checkbox"/> Lejos Miope |
| <input type="checkbox"/> Temblores | | | <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 Frequentamente | <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 ADICCION 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

- Nosotros usaremos y comunicaremos con su **INFORMATION MEDICA** solo con el propósito de proveerle tratamiento, para la obtención de pagos y para la conducción de operaciones de cuidado de salud.
- Hemos puesto por escrito las pólizas y procedimientos que utilizamos para asegurar la protección de dicha información, al ser usadas por medio internet, fax, teléfono, etc...
- Otro medio en el que utilizaría su información medica seria para la obtención de pagos por su tratamiento por parte de su a seguridad medica o a seguridad de carro.(si es caso de accidente)
- Porque creemos que un cuidado regular es de suma importancia para su salud, nosotros le estaremos recordando sus citas cada que venga, o por medio de cartas o teléfono, si es el caso de que deje de asistir las citas sin avisar.
- Notificaremos a las autoridades gubernamentales si pensamos que alguno de nuestros pacientes es victima de abuso, negligencia, violencia domestica o sea victima de algún crimen.
- Se nos puede requerir dar información a oficiales federales, o autoridades militares para completar ciertas investigaciones relacionadas con la seguridad pública y nacional.
- Puede que compartamos su información médica con algún familiar, siempre y cuando obtengamos su autorización primero.

Derechos del paciente:

- Tiene el derecho de restringir el uso de cierta información médica.
- Tiene el derecho de leer, revisar y pedir copias de su información medica, como lo es su expediente, rayos x, etc...
- Tiene el derecho de pedirnos que modifiquemos sus datos médicos si usted cree que su información esta incorrecta o incompleta. Pero para esto necesitamos su autorización por escrito.
- Tiene el derecho de pedirnos una descripción de como, donde y a quienes se les divulga su información personal. Por favor déjenos saber por escrito el periodo de tratamiento en el que esta interesado saber.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia de esta forma.
- Si usted cree que sus derechos han sido violados, tiene el derecho de expresarnos sus quejas, y también a la secretaria de salud y servicios humanos.

Consentimiento del paciente

Muchas gracias por tomar el tiempo para revisar esta información sobre su salud. Si tiene alguna pregunta déjenos saber, si no es así, apreciaríamos mucho su consentimiento de esta póliza al firmarla.

Firma del paciente

Fecha

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: _____ / _____