



FORMA DE NUEVO PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de Casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Correo electrónico: _____ Hombre ___ Mujer ___

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Empleo: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Soltero ___ Casado ___ Nombre de esposo/a _____

¿Has visto a un quiropráctico antes? Si No En caso que si, cuando?

¿A quién le agradecemos que te haya enviado a nuestra oficina?

SU RESUMEN DE SALUD

Verifique todos los síntomas que haya tenido, incluso si no parecen estar relacionados con su problema actual.

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir | <input type="checkbox"/> Sudor frío |

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Pérdida de sabor | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas | <input type="checkbox"/> Rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Malestar de estomago |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de oler | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Manos fria | <input type="checkbox"/> Tensiones |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Pies frios |
| <input type="checkbox"/> Dedos de | <input type="checkbox"/> Luces molestan los ojos | <input type="checkbox"/> Problema al orinar | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual | <input type="checkbox"/> Menstrual irregularidad | <input type="checkbox"/> Acides |
| | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio | |
| | <input type="checkbox"/> Sonando en los | | |

Haga una lista de los medicamentos que está tomando

Esta oficina cumple con las guias actuales de HIPAA. Puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción. Escriba sus iniciales para indicar que se le ha informado de su disponibilidad: _____

Las declaraciones hechas en este formulario son exactas hasta donde yo recuerde y acepto permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del guardián: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado

CON RESPECTO A: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades y Procedimientos Terapéuticos:

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien el riesgo suele ser muy mínimo, en casos excepcionales, complicaciones como lesiones por esguince / distensión, irritación de una condición discal y, aunque son raras, fracturas menores y posible accidente cerebrovascular, que ocurre a un ritmo entre una instancia por millón y uno por cada dos

millones, se han asociado con ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en Hood Chiropractic me han sido explicados a mi satisfacción. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método o técnica que el médico considere necesario para tratar mi afección en cualquier momento a lo largo de todo el curso clínico de mi cuidado.

Firma del paciente o de la persona autorizada

____/____/____
Fecha

Iniciales del testigo

Actividades de la Vida Diaria

Por favor, identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad para llevar a cabo actividades que son parte de su vida rutinariamente:

ACTIVIDADES:

EFECTO:

- Levantar cosas** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Parar de una silla** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Subir escaleras** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Conducir su carro** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Usar la computadora por mucho tiempo** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Quehaceres del hogar** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Bañarse/Vestirse** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Hacer ejercicio** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Dormir** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo
- Sentar por mucho tiempo** Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta
 No puedo hacerlo

Estar parado por mucho tiempo Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta

No puedo hacerlo

Trabajar en la yarda Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta

No puedo hacerlo

Caminar Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta No puedo hacerlo

Otro: _____ Ningun efecto Duele pero puede Duele y me afecta

No puedo hacerlo

Queja Principal: _____

1. ¿A que nivel esta su dolor en este momento?

Ningun dolor _____ Peor dolor posible
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Que es el promedio/tipico de su dolor?

Ningun dolor _____ Peor dolor
posible
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Que es el nivel de su dolor en su mejor momento?

Ningun dolor _____ Peor dolor
posible
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Que es el nivel de su dolor en su peor momento?

Ningun dolor _____ Peor dolor
posible
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____