

Información del PacienteNombre _____ Fecha _____
Nombre de Preferencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Sexo _____ Edad _____ Estado Marital _____
Empleo _____
Nombre de Esposo(a) _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Empleo _____**Números de Teléfono**Casa: _____
Celular: _____
Trabajo: _____**Contacto de Emergencia**Nombre _____
Relación _____
Teléfono _____
Alternativa _____**Aseguranza Médica**1. Compañía de Seguro _____
Poseedor de Cuenta _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____2. Compañía de Seguro _____
Poseedor de Cuenta _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____**Correo Electronico**_____
_____**Informacion del Doctor Primario**Nombre del Doctor _____
Teléfono _____**Autorizaciones**

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al quiropráctico u oficina quiropráctica. Autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos personales y otros proveedores y pagadores de atención médica y para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspendo o termino mi programa de atención según lo determinado por mi médico tratante, cualquier tarifa por servicios profesionales será inmediatamente vencida y pagadera. Entiendo que los intereses se cobran en las cuentas vencidas a la tasa anual.

El paciente entiende y acepta permitir que esta oficina quiropráctica use su INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de atención. Queremos que sepa cómo se utilizará su INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE en su oficina y sus derechos con respecto a esos registros. Si desea tener una cuenta más detallada de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE, le recomendamos que lea el AVISO DE HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento. Si hay alguien que no desea recibir sus registros médicos, informe a nuestra oficina.

Por la presente solicito y CONPONGO AJUSTES QUIROPRÁCTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS, incluidos varios modos de técnicas físicas, sobre mí (o el paciente nombrado anteriormente, de quien soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico mencionado anteriormente. Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos suelen ser beneficiosos y rara vez causan algún problema, entiendo y soy consciente de que, como con toda la atención médica, existen algunos riesgos con el tratamiento. Dado que no todos los factores para recuperarse son determinados por el médico, no se pueden garantizar resultados específicos. Por mi firma (del paciente o tutor legal), reconozco que entiendo los riesgos del tratamiento quiropráctico, y elijo permitir que los médicos y el personal asociados con Balance Chiropractic Center, LLC. para tratarme a mí o a la persona de la que soy responsable.

Tenga en cuenta que es nuestra política de oficina que cerramos debido a las inclemencias del tiempo de acuerdo con Crosby ISD.

X _____ Fecha _____

Firma del Paciente/ Guardian

CONDICIONES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

1. Área de dolor _____ Nivel de dolor de 1-10, 10 siendo lo peor _____

El dolor es constante o va y viene

Esta empeorando el dolor Si No

Circule el tipo de dolor: Adolorido Caliente Adormecido Pellizcando Jalando Punzante Agudo Tensión Hormigueo Palpitante

2. Área de dolor _____ Nivel de dolor de 1-10, 10 siendo lo peor _____

El dolor es constante o va y viene

Esta empeorando el dolor Si No

Circule el tipo de dolor: Adolorido Caliente Adormecido Pellizcando Jalando Punzante Agudo Tensión Hormigueo Palpitante

3. Área de dolor _____ Nivel de dolor de 1-10, 10 siendo lo peor _____

El dolor es constante o va y viene

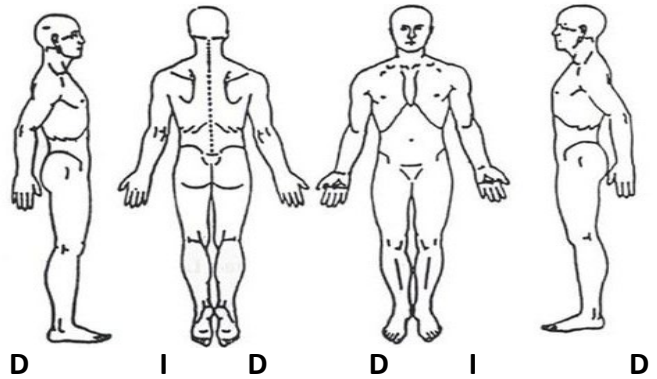
Esta empeorando el dolor Si No

Circule el tipo de dolor: Adolorido Caliente Adormecido Pellizcando Jalando Punzante Agudo Tensión Hormigueo Palpitante

Por favor marque en el dibujo a la derecha muy claramente donde se encuentra el dolor, malestar, adormecimiento o cualquier otra sensación que sea fuera de lo normal. Preste atención al lado derecho e izquierdo del cuerpo y muestre cualquier dolor que irradie de una lado hacia otro.

Ejemplo: dolor de cuello que irradia hacia la mano.

(mostrando una línea desde el cuello hasta la mano afectada.)



Que ocasiono el dolor: Causa desconocida Caída Enfermedad Accidente Automovilístico Otro(a)

Cuando comenzó el dolor: El mes y año más aproximado _____

¿Qué cosas ah intentado para ayudar con el dolor?: Cuidado Quiropráctico Si No

El mes y año más aproximado _____

¿Esta o cree que podría estar embarazada? Si No Fecha esperada de parto _____

Lista de medicamentos que esté tomando para cualquier otro problema medico _____

Por favor indique, describa y muestre la fecha si ah tenido alguna de las siguientes: **Escriba "NINGUNO" si no le ah pasado**

Caídas: _____ Lastimaduras de la cabeza: _____

Huesos rotos: _____

Dislocaciones: _____

Cirugías: _____

Firma del paciente: _____

(Padre/Guardián)

Revisión de Sistemas

Nombre del paciente: _____

CONSTITUCIONAL

- Escalofríos
- Somnolencia
- Desmayo
- Fatiga
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Debilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

OJOS

- Ceguera
- Visión borrosa
- Cataratas
- Cambio en la visión
- Visión doble
- Ojos secos
- Dolor de los ojos
- Cortes de campo
- Glaucoma
- Sensibilidad a la luz
- Desgarramiento
- Lleva gafas

CARDIOVASCULAR

- Angina
- Dolor en el pecho
- Claudicación
- Sopleo cardíaco
- Problemas cardíacos
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Dificultad al respirar mientras esta acostado/a
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Hinchazón de las piernas
- Varices

RESPIRATORIO

- Asma
- Bronquitis
- Tos seca
- Tos productiva
- Toser sangre
- Dificultad para respirar
- Dificultad para dormir
- Hemoptisis
- Neumonía
- Producción de esputo
- Ruido al respirar

MUSCULOESQUELETO

- Artritis
- Dolor de cuello
- Disminución de movimiento
- Gota
- Lesiones

- Dolor en las articulaciones
- Rigidez de las articulaciones
- Bloqueo de uniones
- Dolor de espalda
- Calambres musculares
- Dolor muscular
- Espasmos musculares
- Debilidad muscular
- Hinchazón

INTEGUMENTARIO

- Bultos/dolor en las mamas
- Cambio en la textura de las uñas
- Cambio en el color de la piel
- Eccema
- Crecimiento del cabello
- Alopecia
- Antecedentes de trastornos en la piel
- Urticaria
- Picazón
- Parestesia
- Sarpullido
- Lesiones cutáneas

ONBG (Orejas, Nariz, Boca, Garganta)

- Mal aliento
- Dentadura postiza
- Tabique desviado
- Dificultad para tragar
- Descargar
- Xerostomía
- Drenaje del oído
- Dolor de oído
- Dolor de garganta frecuente
- Lesión en la cabeza
- Pérdida del oído
- Ronquera
- Pérdida del olfato
- Pérdida del gusto
- Congestión nasal
- Hemorragias nasales
- Goteo nasal posterior
- Infecciones sinusales
- Nariz que moquea
- Ronquido
- Dolor de garganta
- Zumbido en los oídos
- Problemas de la TMJ(articulación temporomandibular)
- Úlceras

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal

- Eructo
- Heces negras/alquitranares
- Estreñimiento
- Diarrea
- Acedía
- Hemorroides
- Indigestión
- Ictericia
- Náuseas
- Sangrado rectal
- Calibre anormal de las heces
- Color anormal de las heces
- Consistencia anormal de las heces
- Vómito de sangre

GENITOURINARIO

- Terapia anticonceptiva
- Ardor al orinar
- Calambres
- Impotencia
- Micción frecuente
- Vacilación/regate
- Terapia hormonal
- Menstruación irregular
- Falta de control de la vejiga
- Problemas de próstata
- Retención de orina
- Sangrado vaginal
- Flujo vaginal

NEUROLÓGICO

- Cambio en la concentración
- Cambio en la memoria
- Mareos
- Cefaleas
- Desequilibrio
- Pérdida de conciencia
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Alteración del sueño
- Estrés
- Trazos
- Temblores

PSIQUIÁTRICO

- Agitación
- Ansiedad
- Cambios en el apetito
- Cambios de comportamiento
- Trastorno bipolar
- Confusión
- Convulsiones
- Depresión
- Indicación homicida

- Insomnio
- Desorientación de la ubicación
- Pérdida de memoria
- Abuso de sustancias
- Indicación suicida
- Desorientación del tiempo

ENDOCRINO

- Intolerancia al frío
- Diabetes
- Apetito excesivo
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Bocio
- Alopecia
- Intolerancia al calor
- Crecimiento inusual del cabello
- Cambios de voz

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

- Anemia
- Hemorragia
- Coagulación de la sangre
- Transfusiones de sangre
- Moretones fácilmente
- Hinchazón de los ganglios linfáticos

ALÉRGICAS/INMUNOLÓGICO

- Historia de la anafilaxia
- Picazón en los ojos
- Estornudar
- Intolerancia alimentaria específica
- COVID, fecha en que dio positivo

Denegar Todo

Firma del paciente: _____

Fecha: _____