

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha _____
Nombre de Preferencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Sexo _____ Nombre de Esposo(a) _____
Correo Electronico _____
Telefono _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____
Relación _____
Teléfono _____
Alternativo _____

Informacion del Doctor Primario

Nombre del Doctor _____
Teléfono _____

HIPAA & Autorizaciones

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Te aseguramos de que por su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La HIPAA (Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de sus datos protegidos. Información de salud y uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva. Al firmar este formulario, yo entiendo que: La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago o atención médica operaciones. La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley. La práctica tiene la derecho a restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones. El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y cesarán todas las divulgaciones completas. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI NO

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? SI NO

¿Existen EXCLUSIONES específicas? SI NO

Si existen exclusiones favor de nombrarlas _____

Por la presente solicito y CONFIGURO AJUSTES QUIROPRÁCTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS, incluyendo varios modos de técnicas físicas, en mí (o el paciente mencionado anteriormente, de quien soy legalmente responsable) por el doctor en quiropráctica mencionado anteriormente. Aunque los ajustes y tratamientos quiroprácticos suelen ser beneficiosos y rara vez causa 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 están determinados por el médico, no se pueden garantizar resultados específicos. Por mí (paciente o tutor legal), reconozco que entiendo los riesgos del tratamiento quiropráctico, y elijo permitir los médicos y el personal asociado con Balance Chiropractic Center, LLC. para tratarme a mí o a la persona por quien soy responsable.

Imprimir el nombre del firmante

Firma del paciente / tutor

Fecha

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

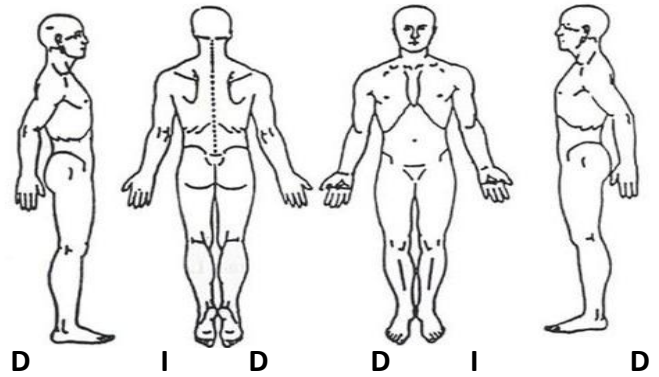
Esta empeorando el dolor Si No

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 _____

Lista de exposiciones al COVID: _____

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: _____

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
- Soplo 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
- Acedia
- 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 fáciles
- Hinchazón de los ganglios linfáticos

ALÉRGICAS/INMUNOLÓGICO

- Historia de la anafilaxia
- Picazón en los ojos
- Estornudar
- Intolerancia alimentaria específica

Denegar Todo

Firma: _____

Fecha: _____