

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer | Segura Social: _____

Dirección: _____



Cell #: _____ Email: _____ # de hijos _____ Edades _____

¿Tiene Seguro de Salud?: No Si | En caso afirmativo, Nombre de Seguro: _____

¿Has estado en esta oficina antes?: No Si | En caso afirmativo, ¿Hace cuánto tiempo?: _____

Referido Por: Google Anuncio Mi Doctor | Dr. _____

Amigo o Paciente (Nombre) _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Nombre de Pareja (N/A) _____

¿Trabajas? No Si | Ocupación: _____ Empleador: _____

¿Ha tenido un accidente de auto o de trabajo en los últimos 2 años? No Si ¿Cuándo? _____
 Tiene un abogado No Si (nombre) _____ ¿Planea conseguir un abogado? No Si



Mencione sus áreas de problema



Mencione sus problemas de acuerdo a la severidad

¿Cuándo empezó este episodio de dolor?

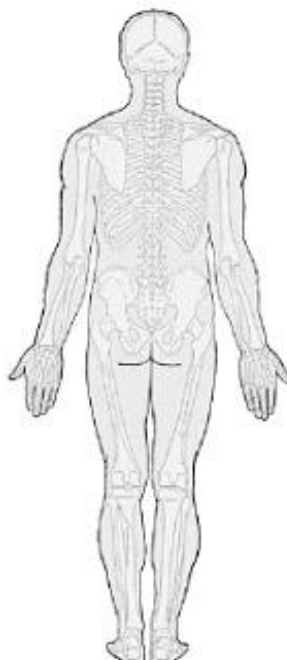
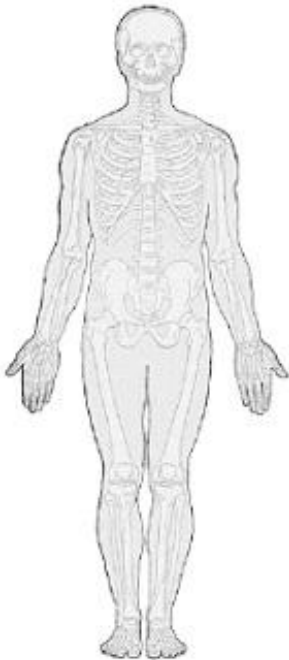
¿La molestia empezó con una lesión?

¿Ha empeorado o mejorado?

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Por favor marque su área de problema

Marque los problemas actuales que tiene



- Dolor de cabeza
- Migrañas
- Epilepsia
- Nerviosismo
- Ansiedad
- Mareos
- Vértigo
- Náuseas
- ADD/ADHD
- Infertilidad
- Alergias
- Depresión
- Fatiga crónica
- Úlceras
- Asma
- Otro _____
- Otro _____
- Falta de Sueña
- Presión alta
- Intestino irritable
- Reflujo gástrico
- Dolor de cuello
- Dolor en el hombro
- Dolor en el brazo
- Dolor Costillas
- Dolor en el pecho
- Dolor de Espalda
- Dolor de Caderas
- Dolor de Piernas
- Dolor de rodilla
- Piernas / pies entumecido
- Brazos / manos entumecido
- Problema de la tiroides
- Problema del riñón
- Dolor de mandíbula
- Pérdida de energía
- Diarrea
- Estreñimiento
- Infecciones de oído
- Cólicos menstruales
- Problemas de garganta
- Problemas de digestión
- Problemas de estómago
- Problemas de vejiga
- Problemas en las encías

Marque las condiciones que tiene/ha tenido:

- Infarto Enfermedad del corazón Cirugía de la columna vertebral
 Escoliosis Diabetes Fractura de la columna Convulsiones
 Osteoporosis Cáncer **Ninguna de las anteriores**

Mencione todas las cirugías que ha tenido y cuando:

Escibe todos los medicamentos sin y con receta y el motivo de cada una:

Medicación _____	Razón _____
Medicación _____	Razón _____
Medicación _____	Razón _____
Medicación _____	Razón _____
Medicación _____	Razón _____

¿Alguna vez le han dejado inconsciente?

- No Si En caso afirmativo explicar _____

Historia Social

- Fumador:** Cigarros Marihuana Cigarro electrónico → ¿Con qué frecuencia? Diario Fines de Semana De Vez en Cuando Nunca
- Bebidas alcohólicas:** Consumo → Diario Fines de semana De vez en cuando Nunca
- Uso recreativo de Drogas:** Consumo → Diario Fines de semana De vez en cuando Nunca
- Pasatiempos:** ¿Tu problema actual afecta? → Actividades recreativas Ejercicio
Por favor explique: _____

Historia de salud familiar

Marque con una X la columna que aplica

Condición	Esposo/Esposa	Hijo	Hija	Madre	Padre
ADD/ADHD					
Artritis					
Problemas de espalda					
Alta presión sanguínea					
Acidez					
Fatiga					
Dolores de cabeza					
Patrón de sueño irregular					
Fibromialgia					
Dolor de cuello					
Colicos menstruales					

Consentimiento Informado para su Cuidado

Usted es el que toma las decisiones de su atención médica. Parte de nuestro papel es el de proporcionarle información para ayudarle a tomar decisiones informadas. Este proceso se refiere a menudo como "consentimiento informado" e implica el entendimiento y conformidad con respecto a la atención que le recomendamos, los beneficios y los riesgos asociados con el cuidado, las alternativas y los posibles efectos sobre su salud si usted decide no recibir la atención.

Podemos realizar algunos procedimientos de diagnóstico o examen si está indicado. Los exámenes o pruebas realizadas se llevarán a cabo con cuidado, pero pueden ser incómodos.

El cuidado quiropráctico implica centralmente lo que se conoce como un ajuste quiropráctico. Puede haber procedimientos adicionales de apoyo o recomendaciones, así. Al proporcionar un ajuste, usamos nuestras manos o un instrumento para cambiar la posición de las estructuras anatómicas, como vértebras. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen restaurar el movimiento normal de la articulación, lo que reduce la hinchazón y la inflamación en una articulación, reducir el dolor en la articulación, y mejorar el funcionamiento neurológico y el bienestar general.

Es importante que usted entienda, como con todos los enfoques de atención de salud, los resultados no están garantizados, y no hay ninguna promesa de curar. Al igual que con todos los tipos de intervenciones de atención de salud, existen algunos riesgos a la atención, incluyendo, pero no limitado a: espasmos musculares, aumento agravantes y / o temporal de los síntomas, la falta de mejoría de los síntomas, quemaduras y / o cicatrices de la estimulación eléctrica y desde terapias de calor o frío, incluyendo pero no limitado a compresas calientes y de hielo, fracturas (huesos rotos), las lesiones del disco, golpes, dislocaciones, torceduras y esguinces. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, hay una condición rara pero grave conocida como una disección arterial que implica un cambio anormal en la pared de una arteria que puede provocar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial de causar un derrame cerebral. Esto ocurre en 3-4 de cada 100.000 personas si están recibiendo atención de la salud o no. Los pacientes que sufren esta afección a menudo, pero no siempre, presente a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y dolor de cabeza. Desafortunadamente un porcentaje de estos pacientes experimentarán un accidente cerebrovascular. Como quiropráctica puede implicar manualmente y / o mecánicamente el ajuste de la columna cervical, se ha informado de que el cuidado quiropráctico puede ser un riesgo para el desarrollo de este tipo de accidente cerebrovascular. La asociación con el ictus es extremadamente rara y se estima que se relata en uno en un millón a uno de cada dos millones de ajustes cervicales.

También es importante que usted entienda que hay opciones de tratamiento disponibles para su condición aparte de quiropráctica. Probablemente, usted ya ha probado muchos de estos tratamientos. Estas opciones pueden incluir, pero no están limitados a: cuidado auto administrado, calmantes para el dolor sin necesidad de receta médica, medidas físicas y descanso, atención médica con medicamentos, terapia física, prótesis, inyecciones y cirugía. Por último, usted tiene el derecho a una segunda opinión y a conseguir otras opiniones acerca de su condición y atención de su salud como mejor le parezca.

He leído o se me ha leído, el consentimiento anterior. Soy consciente de que no es posible curar cada posible complicación. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido, y al firmar abajo, estoy de acuerdo con la recomendación actual o futura para recibir atención quiropráctica que se considere adecuada para mi circunstancia. Entiendo que la intención de este consentimiento cubrirá por completo el curso de tratamiento de todos los proveedores en esta oficina para mi condición actual y para cualquier condición(es) futura para los que busco atención quiropráctica de esta oficina.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Nombre del Padre/ Guardian: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Nombre del Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Registros Electrónicos de Salud Formulario de Admisión

En cumplimiento de los requisitos del gobierno para el programa de incentivo EHR

Nombre: _____ Apellido: _____

Correo electrónico: _____@_____

Método de comunicación (marque uno): Correo electrónico / Teléfono / Correo

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Género (marque uno): Masculino / Femenino

Lenguaje Preferido: _____

Status de Fumador (Marque uno): Fumo todo el día / Fumo ocasionalmente / Era fumador / Nunca Fume

CMS requiere que los proveedores indiquen la raza y la etnicidad

Raza (Marque uno): Indio Americano o Nativo de Alaska / De Asia / Afroamericano / Blanco /
Nativo de Hawái o De las Islas Pacíficas / Otra / Decido No Responder

Etnicidad (Marque Uno): Hispano o Latino / No Hispano o Latino / Decido No Responder

Actualmente está Usted tomando medicamentos? (Incluya por favor medicamentos que utiliza regularmente)

Nombre de Medicamentos	Dosis y frecuencia (ej. 5mg una vez al día, etc.)

Tiene Usted alguna/as alergia/as a cierto Medicamentos?

Nombre de Medicamento	Reacción	Día de Comienzo	Comentarios Adicionales

Elijo a declinar la recepción de mi resumen clínico después de cada visita (Estos resúmenes son a menudo blanco, como resultado de la naturaleza y frecuencia de la atención quiropráctica.)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Uso de la Oficina

Altura: _____ Peso: _____ Presión : _____ / _____