

FECHA	# I.D.
-------	--------

HISTORIAL PERSONAL

Nombre completo: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M F
de Seguro Social: _____ Número Licencia de conducir: _____
Seleccione uno: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado
telefónico del empleador: _____ Tipo de trabajo: _____
Nombre de su cónyuge: _____ # Seguro Social de cónyuge: _____
Empleo de su cónyuge: _____ Seguro Social de cónyuge: _____
Tipo de trabajo: _____ # teléfono del empleo: _____
Quién le habló de esta oficina: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____
Contacto en caso de emergencia: _____
Nombre y número del contacto de emergencia: _____ ¿Qué relación tiene con usted?: _____
¿Quién es responsable de su factura, usted y Cónyuge Worker's Comp. Seguro de auto Medicare Medicaid
 Plan Médico Personal (Nombre de) _____ # de tarjeta del plan médico _____

CONDICIONES ACTUALES DE SALUD

Razón por esta visita: _____
Otros doctores que le hayan visto por dicha condición: Sí No ¿Quién? _____
Tipo de tratamiento: _____ ¿Ha ocurrido anteriormente esta condición? Sí No
¿Es la condición relacionada con: (seleccione uno) el empleo accidente de auto herida en el hogar
 caída Otro: _____
Fecha de accidente: _____ Hora del accidente: _____
¿Ha hecho un informe de su accidente con su empleador?: Sí No
Medicamento que toma: Píldoras para los nervios Píldoras para el dolor/relajar músculos Medicina para la presión de sangre
 Insulina Otro: _____
¿Usa una plataforma para los zapatos? Sí No
¿Padece alguna otra condición aparte de la que usted nos está consultando? _____

CONDICIONES DE SALUD DEL PASADO

Sírvase seleccionar y describir:
Intervenciones quirúrgicas: Apendicitis Amígdalas Vesícula Hernia Cirugía de espalda Huesos rotos
 Otro: _____
Accidentes grandes o caídas: _____
Hospitalizado (aparte de lo mencionado): _____
Cuidado quiroprácticos previos: Ninguno Nombre del doctor y fecha aproximada de última visita _____

A continuación aparece una lista de enfermedades que, aunque parezcan no relacionadas con su cita, de todos modos se deben contestar cuidadosamente ya que estos problemas pueden afectar el cuidado quiropráctico en general.

SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE USTED HAYA TENIDO:

- | | | | | |
|---|---|--|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Influenza | INTAKE | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> "Small Pox" | <input type="checkbox"/> "Pleurisy" | | <input type="checkbox"/> Café |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Artritis | | <input type="checkbox"/> Té |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | | <input type="checkbox"/> Cigarrillo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Condición de corazón | <input type="checkbox"/> Eczema | | <input type="checkbox"/> Azúcar blanca |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tiroide | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | | |

¿Se ha hecho la prueba del SIDA? Sí No ¿Toma vitaminas? Sí No ¿Regularmente? Sí No

SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE HA PADECIDO EN LOS PASADO 6 MESES:

CÓDIGO MUSCULAR ESQUELÉTICO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda baja | <input type="checkbox"/> Gases/Inflamación después de comer |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre los hombros | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Excremento oscuro o con sangre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en coyunturas/tieso | |
| <input type="checkbox"/> Problemas al caminar | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad masticando/mandíbula | |
| <input type="checkbox"/> Tieso | |

CÓDIGO GENTIO-URINARIO

- Problemas de vejiga
 Dolores al orinar o constante
 Orina de colores extraños

MUJERES SOLAMENTE:

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?

¿Está embarazada?

- Sí No No segura

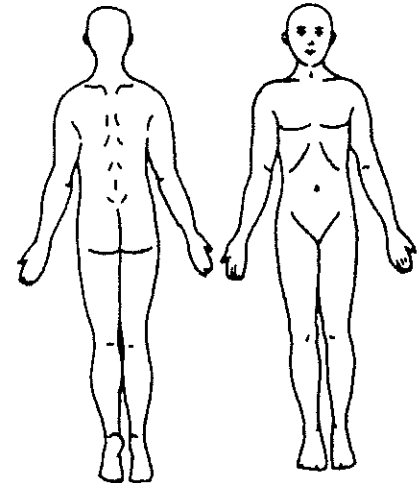
¿Está amamantando? Sí No

CÓDIGO SISTEMA NERVIOSO

- Nervioso
 Adormecimiento
 Paralysis
 Mareos
 Olvidadizo
 Confusión/depresión
 Desmayo
 Convulsiones
 Extremidades frías/hormigueo
 Estrés

CÓDIGO C-V-R

- Dolor de pecho
 Fatigado
 Problemas de la presión sanguínea
 Palpitaciones irregulares
 Problemas del corazón
 Pulmones/Congestión
 Venas varicosas
 Hinchazón en los tobillos
 Apoplejía



Marque en el dibujo el área de su incomodidad

CÓDIGO GENERAL

- Fatiga
 Alergia
 Pérdida de sueño
 Fiebre
 Dolores de cabeza

CÓDIGO EENT

- Problemas de visión
 Problemas dentales
 Dolor de garganta
 Dolor de oídos
 Dificultad para escuchar
 Nariz tapada

CÓDIGO GASTROINTESTINAL

- Apetito, poco or excesivo
 Sed excesiva
 Nauseas frecuentes
 Vómito
 Diarrea
 Estreñimiento
 Hemorroides
 Problemas del hígado
 Problemas de vesícula
 Problemas de peso
 Dolor abdominal

HOMBRE/MUJER

- Irregularidad menstrual
 Dolores Menstruales
 Dolor vaginal / infección
 Dolor en los pechos / bultos
 Próstata / disfunción sexual

Historial Familiar

Sírvase indicar problemas de salud que tengan los siguientes familiares:

Madre: _____

Padre: _____

Hermano: _____

Cónyuge: _____

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

CHIROPRACTIC ANALYSIS
 DIAGNOSIS:

Patient Accepted: Yes No Referred

 Doctor's Signature

INFORMACIÓN DE TRABAJO:

El tipo de trabajo que usted realiza incluye: Oficina/clerical Trabajo liviano Trabajo moderado Trabajo pesado

¿Ha podido trabajar desde que se lastimó? Sí No

¿Cuántos horas/días trabaja normalmente? _____ horas _____ días

Mientras está recuperando, ¿existe algún trabajo liviano que podría solicitar? Sí No

Seleccione las tareas, actividades en las que a usted ocasionalmente se le pide que realice. Levantar cosas

Estar de pie Conducir un vehículo Trabajar con equipo Sentado Torcerse Brincar Tregar

Caminar Escribir a máquina con los brazos extendidos Gatear Halar Doblarse Agacharse

Otro: _____

Yo autorizo al doctor Gittens a examinarme incluidos los rayos-x indicados por el examen y a acceder mi expediente a cualquiera que yo designe. Además autorizo tratamientos que sean necesarios por los resultados y solicito que mis expedientes quiroprácticos se guarden bajo estricta confidencialidad y no se den a nadie sin mi consentimiento por escrito. Yo entiendo y soy totalmente responsable de todos los cargos que mi plan médico no pague.

Por su firma usted certifica la exactitud de su historial médico y de accidentes y certifica que usted se ha presentado al doctor Gittens para evaluación y/o tratamiento para una condición de salud.

Firma del paciente: _____ *Fecha* _____

CONFIRMACIÓN DE RAYOS-X: Esto es para confirmar que esta oficina me ha informado que los rayos-x pueden ser peligrosos para un niño no nacido. En estos momentos, a mi conocimiento, no me encuentro embarazada y yo consiento las fotos espinográficas.

Firmado: _____ *Fecha* _____

CONSENTIMIENTO PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR: Yo autorizo a esta oficina a que administren cuidado quiropráctico a mi niño según sea necesario.

Firmado: _____ *Fecha* _____

YO COMPRENDO estoy de acuerdo que las pólizas de salud y de accidentes son un acuerdo entre la compañía y yo. Además comprendo que esta oficina quiropráctica pueda preparar cualesquiera reportes y formularios que sean necesarios para ayudarme a cobrar de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada que se pague directamente a esta oficina quiropráctica será acreditada a mi cuenta al recibirlo. Sin embargo, yo comprendo perfectamente y concuerdo que todos servicios me presten sean facturados directamente a mí y seré responsable de pagarla. También entiendo que si interrumpo o termino mi cuidado y tratamiento pagaré cualquier cargo por servicios profesionales que me presten.

Firma del Paciente: _____ *Fecha* _____

Firma del Padre of Encargado: _____ *Fecha* _____

Información tomado por: _____ *Fecha* _____