

Nombre: \_\_\_\_\_

Dia que la problema empezo: \_\_\_\_\_

**A. La razon de su visita:**

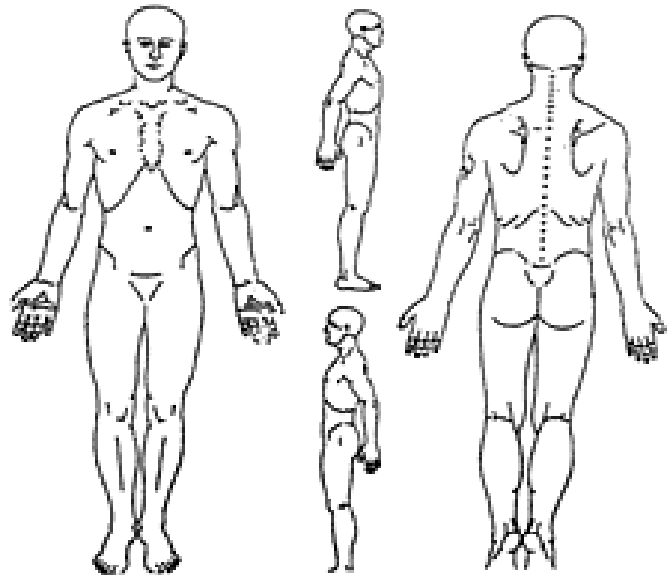
1. Por favor, explique: \_\_\_\_\_
2. Donde lo siente el dolor:  Cabeza  Cuello  Cintura  Espalda  Otro: \_\_\_\_\_
3. La razon de su visita es por consecuencia de:  Trabajo  Accidente de auto  Otro: \_\_\_\_\_
4. Lo despierta algun dolor mientras duerme? **Si/No**
5. Esta perdiendo peso sin tratar de hacerlo? **Si/No**
6. Esta tusingo sangre o ha notado sangre en el extrerrento o la urina? **Si/No**
7. Ha notado algun cambio en su cuerpo como lunares abultamientos? **Si/No**
8. Sufre de indigestion? Tiene dificultados al tragar o ronquera chronica? **Si/No**
9. Un medico lo ha tratado por esta condicion? **Si/No** Que medico? \_\_\_\_\_
10. Ha sido atendido por un quiropractico anteriarmemente? **Si/No** Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

**11. MARKE X DONDE SIENTE SU DOLOR:**

12. Como se siente hoy?  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 (No Dolor) (Mucho Dolor)

13. Con que frecuencia sus sintomas estan presentes?  
 0-25%  26-50%  51-75%  76-100%  
 (Intermitente) (Constante)

14. En la semana pasada, cuanto ha interferido su dolor con sus actividades diarias? (por ejemplo, el trabajo, actividades sociales, las tareas del hogar)  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 (No Injerencia) (No pueden llevar a cabo todas las actividades)



**B. Historia Medica:**

1. Que medica mentos esta tomando?  Analgesicos (incluyendo aspirina)  Pilduras para los nervios  
 Tranquilizantes  Estimulantes  Insulina  Anti-couglantes  Relajantes de musculos  
 Otros: \_\_\_\_\_
2. Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?  

<b>Si/N</b> Paro cardiaco	Cuando: _____	<b>Si/N</b> Recent Fiebre	<b>Si/N</b> Huesos/Coyunturas artificiales
<b>Si/N</b> Ataque cerebral	_____	<b>Si/N</b> HIV+/SIDA	<b>Si/N</b> Problemas de la espalda
<b>Si/N</b> Corticosteroid Use (cortisone, prednisone, etc)	_____	<b>Si/N</b> Cancer/Tumor	<b>Si/N</b> Frecuente dolores de cuello
<b>Si/N</b> Anormal de peso <input type="checkbox"/> Ganar <input type="checkbox"/> Perdida		<b>Si/N</b> Anemia	<b>Si/N</b> Artritis/Osteoperosis
<b>Si/N</b> Entumecimiento en la ingle/sentaderas		<b>Si/N</b> Problemas de Urinas	<b>Si/N</b> Diabetes/Tuberculosis
<b>Si/N</b> Marcado por la manana el dolor/rigidez		<b>Si/N</b> Problems en la Vista	<b>Si/N</b> Presion Alta o Baja
<b>Si/N</b> Dolor de cabeza, frecuente/severo		<b>Si/N</b> Asma	<b>Si/N</b> Abuso de drogas/alcohol
<b>Si/N</b> Desmayos/Convulsiones/Epilepsia			<b>Si/N</b> Problemas de menstruacion
<b>Si/N</b> Esta embarazada?	Cuantos meses? _____		<b>Si/N</b> Problemas de prostata
3. Usted Fuma? De cuanto? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_
4. Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido: \_\_\_\_\_
5. Enumere sus alergias: \_\_\_\_\_
6. Enumere previasoperaciones/tratamientos y fechas: \_\_\_\_\_
7. Su historia medica de su familia:  Cancer  Presion alta  Diabetes  
 Ataque Cerebral  Artritis Reumatica  Problemas del corazon  Alergias
8. Tiene hijos? **Si/No** Cuantos? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre(s)

Apellido(s)

**A. Datos Personales:**

Alias: \_\_\_\_\_

1. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino #Seguro Social (#SS): \_\_\_\_\_2. Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

5. Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

6. Correo electronico \_\_\_\_\_ Quién lo recomendo a esta Oficina? \_\_\_\_\_

7. Empleador: \_\_\_\_\_ Su posición: \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_

8. Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**B. En Caso de Emergencia:**

1. Llamar a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

2. Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

3. Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**C. Aseguro:**

1. Nombre de' Asegurado(a): \_\_\_\_\_ #SS del Asegurado(a): \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**D. CONSENTIMIENTO INFORMADO: AJUSTES Y CUIDADO QUIROPRACTICOS**

Por la presente pido y doy el consentimiento para que se me realicen los ajustes y otros procedimientos quiropRACTICOS, incluyendo varios modos de la fisioterapia y radiografias diagnosticas de mi mismo (o el paciente denominado arriba, para quien soy legalmente responsable) por la Dra. Jacques-Maynes.

Entiendo y estoy informando que igual como en la practica de la medicina, en la practica de quiropRACTICA hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, pero no limitado, a torceduras, heridas del disco, embolias, dislocaciones y agravaciones generalesde condiciones inflamatorias. Entiendo que tendre la oportunidad de hablar con el medico acerca de la naturaleza y el proposito de los ajustes y procedimientos quiropRACTICOS. Entiendo que el medico realizara un examen para minimizar cualquier riesgo del cuidado; sin embargo, no espero que el medico anticipe y explique todos los riesgos y las complicaciones. Por lo tanto depende del medico para ejercer su juicio durante el procedimiento, que el medico considere en aquel momento, basado sobre los hechos conocidos, esta en mi mejor interes.

Lei o se me leyo el consentimiento mencionado arriba. Yo tenia la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido, y firmando abajo, acepto los procedimientos y tratamientos.

\_\_\_\_\_  
(Initial) Autorizo asignacion de mis derechos y beneficiosdirectamente al proveedor por los servicios proveidos. Entiendo completamente que yo soy el unico responsable por cualquier balance que no sea pagado por la compania de aseguranza.

Tambien autorizo al proveedor yo a la organizacion de cuidado manejado, para otorgar cualquier informacion requerida para procesar los reclamos al seguro.

Firma del paciente/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_