

# Formulario Confidencial

Por favor, permita que nuestro equipo saque copia de su documento de identidad y tarjeta de seguridad. Toda la información que usted aporta es confidencial. Cumplimos con todas las leyes y reglas de privacidad. Favor de utilizar **TINTA** negra o azul.

## Motivo de su visita (Marque solo una)

Accidente o lesión de:  Trabajo  Auto  Otro: \_\_\_\_\_

Empeoramiento de un problema antiguo

Interés por:  Salud y prevención  Otro: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha del accidente (si corresponde al caso) \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió/Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

No  Yes

¿Has recibido terapia física, acupuntura, naturopatía o quiropráctica? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuando? \_\_\_\_\_

¿Fecha de su última visita? \_\_\_\_\_

Su nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino

Género

Numero de seguridad social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Estado Civil

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Nombre de hijo/ Edad \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de hijo/ Edad \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Nombre de hijo/ Edad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Su empleador \_\_\_\_\_

Dirección Del Trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Médico de Familia/Especialista (si es aplicable)

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

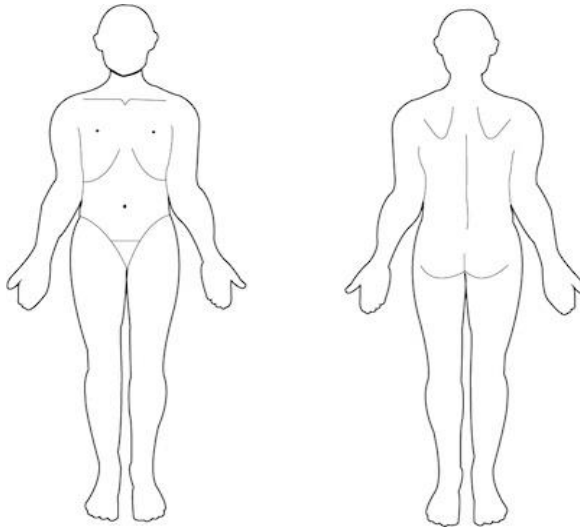
Clínica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

1. Indique sus dolencias

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

2. Ubicación (Dónde duele)

- Marque las partes donde hay síntomas.

3. ¿Ha recibido una evaluación y/o tratamiento por sus quejas actuales?

Sí  No Si la respuesta es sí, explique:

- Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del doctor o terapeuta: \_\_\_\_\_  
 ¿Exámenes Realizados?  Si  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento/recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Resultados del tratamiento?: \_\_\_\_\_
- Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del doctor o terapeuta: \_\_\_\_\_  
 ¿Exámenes Realizados?  Si  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento/recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Resultados del tratamiento?: \_\_\_\_\_

Examination Note

4. ¿Ha tenido los síntomas actuales en el pasado?			ONo OSí Si es así, describe:	
Año	Causa	¿Pruebas diagnósticas?	¿Se resolvió completamente?	
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

5. Indique cualquier prueba diagnóstica que ha hecho en el último año: Ninguno

•6. Activities of Daily Living (ADL) ¿Cómo afecta su condición actual a su vida y la habilidad de funcionar?

	No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afecta Severo		No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afect Severo
Estar sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ir de compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantarse de la silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hacer deberes de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Levantar objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alzar los brazos por encima de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ducharse o bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrar/salir del auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quedarse dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducir el auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirar por el hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabajar en el jardín/"yard"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar a la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ejercicio/Ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deberes de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Doctor's Initials \_\_\_\_\_

Historia personal, familiar y social

Por favor explique su historial médico, incluya accidentes, lesiones, enfermedades y tratamientos. Por favor, llene cada sección completamente.

7. ¿Ha sido hospitalizado o tenido una cirugía?  Sí  No si la respuesta es sí, describa:

Año	Razón	Tratamiento	Resultados

**8. ¿Ha tenido un trauma o accidente?** (Accidente de auto, lesión en el trabajo, de un deporte, fracturas)  Sí  No Si la respuesta es sí, describa:

Año	Razón	Tratamiento	Resultados

**9. ¿Toma algún medicamento? (Incluso sin receta - ej:Tylonol)**  Sí  No Si la respuesta es sí, describa:

Nombre	Razón	x/día	Dosis	¿Cuánto tiempo?

**10. ¿Tiene ud. alergias?**  Sí  No Si la respuesta es sí, describa

**11. Historia Familiar**

Algunos problemas de salud son hereditarios. ¿Hay algún historial de enfermedad (cáncer, artritis, enfermedades del corazón, depresión, diabetes, etc.) en su familia inmediata?

FAMILIA	Pariente	Edad (si está vivo)	Estado de Salud		Enfermedad	Edad cuando murió	Causa de fallecimiento	
			Bueno	Malo			Natural	Enfermedad
	Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana 1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana 2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermano 1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermano 2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	otro	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Hay otros problemas hereditarios de salud que debe saber el doctor? \_\_\_\_\_

**12. Historia Social/Ocupacional**

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Duerme bien en la noche?  Sí  No      ¿Ronca fuertemente?  Sí  No

¿Tiene problemas para conciliar el sueño?  Sí  No      ¿Cuántas horas duerme en la noche?  < 6h  6-8h  > 8h

¿Se despierta frecuentemente por la noche?  Sí  No      ¿Su postura preferida para dormir?  Boca arriba  Boca abajo  De lado

¿Rechina los dientes por la noche (bruxismo)? \_\_\_\_\_      Califica su nivel de fatiga (0-10) \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tiene su colchón? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia hace ejercicio?:  Nunca  Ocasionalmente (<1x/semana)  Frecuentemente (2-3x/semana)  Diario

¿Cuánta agua bebe?:  <33oz(1l)  33-50oz (1-1.5l)  >50oz(1.5L)

Bebidas alcohólicas  Nunca  <1/día  Diario  6-10/semana  >10/semana

Cafeína  Nunca  <1/día  Diario  6-10/semana  >10/semana

Tabaco  Nunca  <½ cajetilla/día  >½ cajetilla/día  >1 cajetilla/día

Gaseosas (como CocaCola)  Nunca  <1/día  Diario  6-10/semana  >10/semana

¿Toma vitaminas/suplementos?  No toma  Glucosamina  Condroitina  Calcio  Multi-Vitamina  FishOils  Pro-bioticos  Magnesio

"Greens"  Complejo B  Vitamina C  Vitamina D  Vitamina E Otros: \_\_\_\_\_

Describe sus hábitos alimenticios:  No desayunar  Dos comidas por día  Tres comidas por día  Picar entre comidas

Intolerancias/restricciones dietéticas: \_\_\_\_\_

¿Qué es su nivel de estrés? (0-10): \_\_\_\_\_      ¿Cuáles son las causas principales de estrés?  Trabajo  Economía  Familia/hijos

Hobbies: \_\_\_\_\_

(Continuación de la página anterior)

Nombre del paciente

**13. Revisión de sistemas**

Nuestro cuidado se centra en la integridad de su sistema nervioso que controla y regula todo el cuerpo. Por favor, marque el círculo al lado de cualquier condición que usted ha tenido o tiene actualmente :

a. HEENT	b. Piel	c. Respiratorio	d. Neurologico	e. Digestivo	f. Endocrino	g. Genito-urinario
<input type="radio"/> Vista borrosa <input type="radio"/> Manchas en la vista <input type="radio"/> Sordera <input type="radio"/> Tinitus <input type="radio"/> Pérdida del gusto <input type="radio"/> Pérdida del olfato <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Infecciones del oído <input type="radio"/> Sinusitis <input type="radio"/> Pólipos de la nariz <input type="radio"/> Infección de la garganta <input type="radio"/> Mononucleosis <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> La piel seca <input type="radio"/> Psoriasis <input type="radio"/> Eczema <input type="radio"/> Acné <input type="radio"/> Pérdida de pelo <input type="radio"/> Ronchas <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Apnea <input type="radio"/> Dificultad de respirar <input type="radio"/> Enfisema <input type="radio"/> Obstrucción crónica de los pulmones <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> Tuberculosis <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ansiedad <input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Hormigueos <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> Adormecimiento <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple <input type="radio"/> Parkinson <input type="radio"/> Fibromialgia <input type="radio"/> Dolor crónico <input type="radio"/> Trastornos del estado de ánimo <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Anorexia/Bulimia <input type="radio"/> Sensibilidad alimenticia <input type="radio"/> Reflujo gástrico <input type="radio"/> Estreñimiento <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn <input type="radio"/> Síndrome de intestino irritable <input type="radio"/> Colitis <input type="radio"/> Celiaco <input type="radio"/> Diverticulitis/osis <input type="radio"/> Gases/Empachado <input type="radio"/> Problemas de la vesícula biliar <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Tiroides <input type="radio"/> Hipoglucemia <input type="radio"/> Problemas inmunológicos <input type="radio"/> Baja energía <input type="radio"/> Glándulas hinchadas <input type="radio"/> Infecciones frecuentes <input type="radio"/> Quistes de los ovarios <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Bocio <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Cálculos (Riñones) <input type="radio"/> Prostatitis <input type="radio"/> Disfunción eréctil <input type="radio"/> Mojar la cama <input type="radio"/> Síndrome premenstrual <input type="radio"/> Infertilidad <input type="radio"/> Infecciones urinarias <input type="radio"/> Candidiasis <input type="radio"/> Papanicolaou anormal <input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="radio"/> Ninguno
h. Constitucional	i. Cardiovascular	j. General				
<input type="radio"/> Desmayos <input type="radio"/> Bajo Libido <input type="radio"/> Bajo Apetito <input type="radio"/> Dificultad de perder peso <input type="radio"/> Debilidad <input type="radio"/> Cambio de peso repentino <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Escalofríos <input type="radio"/> Transpiración nocturna <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> Colesterol alto <input type="radio"/> Presión alta <input type="radio"/> Presión baja <input type="radio"/> Salen moretones fácilmente <input type="radio"/> Mala circulación <input type="radio"/> Derrame cerebral <input type="radio"/> Soplo cardiaco <input type="radio"/> Arritmia <input type="radio"/> Enfermedad cardiovascular <input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Epilepsia <input type="radio"/> SIDA <input type="radio"/> Adicción a alcohol o drogas <input type="radio"/> Gota <input type="radio"/> Polio <input type="radio"/> Fiebre Reumática <input type="radio"/> Escarlatina <input type="radio"/> Tifoidea <input type="radio"/> Malaria <input type="radio"/> Goteo Posnasal		<input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/> Otro:		

15. ¿Qué es lo más importante que usted puede hacer para mejorar su salud? \_\_\_\_\_



Para uso de la oficina

**Reconocimiento**

Para establecer expectativas claras, mejorar las comunicaciones y ayudarle a obtener los mejores resultados en el menor tiempo posible, por favor lea cada frase y firmar el consentimiento.

**Consentimiento**

A través delo presente solicito y doy consentimiento para la realización de procedimientos, que pueden incluir, pero no es limitada, a los diversos modos de fisioterapia, masaje, radiografías y/o ajustes quiroprácticos mi persona por el médico nombrado a continuación y/o médicos con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estén empleados o asociados con Restart Chiropractic LLC, incluidos los que trabajan en el centro o la oficina que se indica a continuación o cualquier otra oficina o centro.

He tenido la oportunidad de discutir con el médico nombrado a continuación y/o con otros miembros del equipo de la oficina o la clínica sobre el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos.

Entiendo, y estoy informado de que en la medicina, y en la aplicación de la quiropráctica, existen algunos riesgos incluyendo, pero no limitándose a, las fracturas, lesiones de disco, derrames, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y quiero confiar en el juicio del médico durante el curso del tratamiento que al doctor estima, basado en los hechos conocidos, es en mi mejor interés.

He leído, o se me ha leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y estoy de acuerdo con el procedimiento mencionado. Mi intención es de que éste consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura.

**Para el Paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para el Representante del paciente si el paciente es un menor o esta discapacitado**

Nombre del representante \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad**

Entiendo que, en virtud del “Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996” (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en ese tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo los procedimientos normales de la salud tales y como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entendido su “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad” que contiene una descripción más completa de los usos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada de lo mismo.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite como es que mi información privada es usada o revelada, para llevar a cabo tratamiento, colección de pago o atención médica. Además, entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, sin embargo, si usted está de acuerdo entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Uso de Oficina**

**Notice of Privacy Practice**

He tratado de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad”, pero no pude hacerlo, como se describe a continuación:

Fecha:

Iniciales:

Razón:

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros de cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o por vía oral, se mantenga adecuadamente confidencial. Esta ley le da al paciente derechos importantes para comprender y controlar cómo su información de salud es usada. "HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que utiliza de manera no legal su información de salud personal.

Según los requisitos de "HIPAA", hemos preparado esta explicación de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y revelar su historia clínica para cada uno de los fines siguientes: tratamiento, obtener pago y atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Un ejemplo de esto sería incluir un examen físico.
- El pago se refiere a actividades tales como la obtención de reembolso de los servicios, lo que confirma las actividades de cobertura, facturación o colección y análisis de utilización. Un ejemplo de esto podría ser el envío de un proyecto de ley para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Los procedimientos atención médica incluyen los aspectos del negocio de la ejecución de nuestra praxis, tales como la realización de la evaluación de calidad y actividades de mejora, las funciones de auditoría, análisis de costes y de gestión, y servicio al cliente. Un ejemplo podría ser un examen de evaluación de calidad interno.

Además podemos crear y distribuir información no identificable de la salud mediante la eliminación de todas las referencias a la información personal identificable.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud y servicios que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación se hará únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y respetar esa solicitud por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relacionadas con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a concordar con las restricciones solicitadas.
- El derecho de solicitar de manera razonable comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida.
- El derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso.

Patient Copy