

Solicitud Para Cuidado: Minnesota Family Chiropractic

Datos Demográficos del Paciente

Nombre: _____ FDN: ____ - ____ - ____ Edad: _____ Hombre Mujer
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo Electronico: _____ Teléfono Hogar: _____ Teléfono: _____
Estado Civil: Soltero Casado Pareja Tienes Azeguranza? Sí No
de Seguro Social: _____ # de Licencia: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Nombre de Cónyuge: _____ Empleador: _____
Cantidad y Edades de Hijos: _____
Nombre y Número de Contacto De Emergencia: _____ Relación: _____

Historial De Queja

Por Favor Identifique Las Condiciones Que Lo Trajeron Al Consultorio: Primera: _____
Segunda: _____ Tercera: _____ Cuarta: _____

En una escala del 1 al 10, siendo 10 el peor y 0 nada de dolor, califique su queja marcando el número con un círculo:

La queja principal es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La segunda queja es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tercera queja: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuarta queja es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuándo comenzaron los problemas? _____

Cuándo empeoran los problemas? AM PM medio día en la noche

Cuánto duran? Constante? O es intermitente durante el día? O va y viene durante la semana?

Cómo ocurrió la lesion? _____

Su condición ha sido tratada por alguien? Sí or No En caso que Sí, cuándo? _____ Por quién? _____

Por cuánto tiempo estuvo en tratamiento? _____

Que fueron los resultados? _____

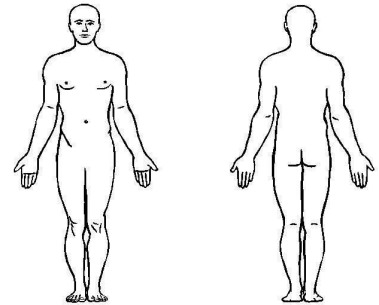
Nombre de quiropráctico anterior: _____

Nombre del Paciente _____ File#/HRN: _____ Fecha: _____

- POR FAVOR MARQUE las áreas del diagrama con las siguientes letras que indiquen sus síntomas:

I= Irradiado A= Ardor S= Sordo C= Constante

E= Entumecimiento P= Punzante H= Hormigueo



Qué Alivia sus síntomas? _____

Qué los empeora? _____

ENUMERE ACTIVIDAD RESTRINGIDA: NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL: NIVEL DE ACTIVIDAD NORMAL:

_____ : _____

_____ : _____

_____ : _____

Su problema es resultado de CUALQUIER tipo de accidente? Sí or No

Identifique cualquier otra lesion que tuvo en su columna, importante o no, que la doctora deba saber:

Antecedentes

Ha sufrido este problema o alguno similar en el pasado? Sí or No En caso de Sí, cuántas veces? _____

Cuándo fue la ultima ocurrencia? _____ Cómo ocurrió la lesión? _____

Otras formas de tratamiento: Sí No En caso de Sí, cuántas veces? _____

Quién se lo realizó: _____ Hace cuánto? _____

Cuales fueron los resultados? Favorable Desfavorables Explique: _____

Por favor indique todos los trabajos que ha tenido en el pasado que provocaron estres en usted y en su cuerpo: _____

Si ha sido diagnosticado con qualquiera de las siguientes condiciones, por favor indique con una **P** para pasadas, **A** para actuales y **N** para nunca ha presentado:

___ Fracturas ___ Dislocaciones ___ Tumores ___ Artritis reumatoide ___ Discapacidad ___ Fisuras

___ Cancer ___ Osteoartritis ___ Diabetes ___ Accidente cerebrovascular ___ Otras condiciones

Nombre del Paciente _____ File#/HRN: _____ Fecha: _____

	HACE CUÁNTO	TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA	POR QUIÉN
LESIONES			
ENFERMEDADES ADULTEZ			
ENFERMEDADES DE NIÑEZ			
CIRUGÍAS			

POR FAVOR identifique las condiciones PASADAS y CORRIENTES que usted sienta que contribuyen con sus síntomas:

ANTECEDENTES SOCIALES

1. Fumar: ___ Cigarros puros ___ Pipas ___ Cigarillos
Frecuencia? ___ A diario ___ Fines de Semana ___ Ocasional ___ Nunca
2. Bebidas alcohólicas
___ A diario ___ Fines de Semana ___ Ocasional ___ Nunca
3. Drogas recreativas:
___ A diario ___ Fines de Semana ___ Ocasional ___ Nunca

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Alguien en su familia sufre el mismo problema? Sí or NO
En caso de sí : Abuela Abuelo Madre Hermana(s) Hermanos(s)
 Hijos(s) Hijas(s)
2. Cualquier otra consición hereditarian que el medico debería saber > _____

Yo autorizo a que se haga el pago directamente a MN Family Chiropractic de todos los beneficios que puedan ser pagables bajo un plan médica o por parte de cualquier otra fuente colateral. Autorizo el uso de esta solicitud o copias de la misma para el propósito de procesar quejas y efectuar pagos y para reconocer que esta asignación de beneficios de ninguna manera me alivia de cualquier responsabilidad de pago y que seguiré haciéndome financieramente responsable con MN Family Chiropractic para cualquier y todos los servicios que reciba en este consultorio.

Firma del paciente o persona autorizada

_____-_____-_____
Fecha

Firma del doctor

_____-_____-_____
Fecha

Nombre del Paciente _____ File#/HRN: _____ Fecha: _____

INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

Cuándo fue su accidente de auto mas reciente? _____
Cuántos accidentes de auto ha tenido? _____
A qué velocidad ocurrió el choque? _____
Tipo de impacto: Impacto Frontal / Impacto Lateral / Impacto Trasero _____
Recibió tratamiento? _____

Cuándo fue su accidente mas reciente en su trabajo? _____
Por favor describa la lesión _____
Recibió tratamiento? Por favor describalo _____
Su trabajo requiere que permanezca en posiciones incómodas por mucho tiempo? _____
(Por ejemplo: estar sentado todo el día, levantamientos repetivos, uso de computadora)

Ha sufrido un trauma vertebral en el pasado? _____
Deportes de choque, de reflejos, o movimiento repetitive: fútbol, fútbol americano, béisbol, tenis, golf _____
Trauma en la niñez. Por ejemplo: caída con golpe en la cabeza, impacto en la cabeza, contusion, caída con golpe en espalda o coxis, accidente de blicicleta _____
Trabajo en casa: levantar cosas, inclinarse, dolores de espalda _____

Por favor marque P para Pasado, C para Corriente, o N para Nunca

___ Dolor de cabeza	___ Embarazo (actual)	___ Mareo	___ Problemas de próstata	___ Ulceras
___ Dolor de cuello	___ Resfriado frecuente	___ Pérdida de equilibrio	___ Disfunción sexual	___ Reflujo gastrico
___ Dolor de mandibula	___ Convulsiones	___ Desmallos	___ Problemas digestivos	___ Problemas al dormir
___ Dolor de hombros	___ Temblores	___ Visión doble	___ Problemas de colon	___ Presión alta
___ Dolor de espalda alta	___ Dolor en el pecho	___ Alergias	___ Diarrea	___ Presión baja
___ Dolor de espalda media	___ Dolor al toser	___ Zumbido en los oídos	___ Problemas de menopausia	___ Asma
___ Dolor de espalda baja	___ Problemas en las rodillas o pies	___ Problemas al oír	___ Problemas menstruales	___ Problemas al respirar
___ Dolor de cadera	___ Sinusitis	___ Depresion	___ PMS	___ Problemas de riñones
___ Curvatura de espalda	___ Dolor de articulaciones	___ Irritabilidad	___ Mojar la cama	
___ Escoliosis	___ Problemas en la piel	___ Cambios de animo	___ Problemas al aprender	___ Problemas en la vesícula
___ Entumecimiento de manos, brazos, piernas	___ TDA/TDAH	___ Problemas de comer	___ Hepatitis (A,B,C)	
	___ Problemas con el hígado			

Actividades dirarias/ Sintomas/ Medicamento

Actividades diarias: Efectors de condiciones actuales

Por favor identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad de hacer actividades que son parte de su rutina diaria:

Agacharse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Concentrarse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Trabajo de computadora	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Jadinería	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Jugar deportes	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Actividades recreativas	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Usar pala	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Dormir	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Ver tele	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Cargar algo	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Bailar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Vestirse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Levantar algo	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Empujar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Darse la vuelta	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Sentarse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Estar de pie	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Trabajar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Subir escaleras	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Hacer oficios	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Manejar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Actividad sexual	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Leer	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Correr	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Ponerse de pie	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Caminar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo

Enumere medicamentos recetados y no recetados que toma:

Nombre del Paciente _____ File#/HRN _____ Fecha _____

**Minnesota Family Chiropractic – Consentimiento Informado y Privacidad
Del Consultorio**

Respecto a Ajustamientos, Modalidades, y Terapia Quiropráctica:

Se me ha notificado que el cuidado quiropráctico, al igual que cualquier otra forma de cuidado de la salud, involucra ciertos riesgos. Aunque en general el riesgo es mínimo, en casos raros, pueden ocurrir complicaciones como lesiones por presión, irritación de una condición de un disco, y aunque rara vez también fracturas menores, y posibles golpes, a una tasa que va de uno en un millón a uno en dos millones, y que se han asociado a ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y, cualquier otro procedimiento ejecutado en Minnesota Family Chiropractic me han sido explicados hasta estar satisfecho y he manifestado mi entendimiento sobre ambas cosas al doctor. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para ser tratado usando cualquier medio, método, y/o técnicas, que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento del curso entero de mi cuidado clínico.

Respecto A Tu Derecho A La Privacidad:

He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Paciente. Entiendo mis derechos así como el deber del consultorio de proteger mi información médica, y he manifestado mi entendimiento de estos derechos y deberes al doctor. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de enmendar este aviso en cualquier momento en el futuro y de incluir nuevas provisiones efectivas para toda la información pasada y presente que conserve.

Estoy consciente de que una versión más extensa de este “Aviso” está disponible para mi y existen muchas copias en el área de la recepción. En este momento, no tengo ninguna pregunta respecto a mis derechos ni ninguna información que haya recibido.

_____/_____/_____
Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha

Iniciales del Testigo

Nombre del Paciente _____ File#/HRN _____ Fecha _____

Respecto A Rayos X y Estudios de Imagenologia

SOLO MUJERES — Por favor lea y revise cuidadosamente las casillas, incluya la fecha apropiada, y luego firme si entiende y no tiene preguntas, es caso contrario dirijase a nuestra recepcionista para explicaciones adicionales.

El primer dia de mi último ciclo menstrual fue el ____-____-____ Fecha

Se me ha dado una explicación de lo que podría ocurrir si estuviera embarazada, y que yo sepa, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación reconozco que el doctor y/o un miembro del equipo ha discutido conmigo los efectos amenazantes de la ionización al no nato, y he manifestado mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición a rayos x. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para realizar el diagnóstico mediante el examen de rayos x que el doctor considere necesarias para tratar mi caso.

_____ / ____ / ____ *Iniciales del Testigo*
Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha

