



Aplicación para cuidado de paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ SS#: _____ - _____ - _____ Masculino/Femenino
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Teléfono: ____ - ____ - ____ Celular: ____ - ____ - ____
Dirección _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____
Estado Marital: Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a), Viudo (a)
Dirección residencial _____ ¿Le gustaría recibir correo electrónico de nuestra compañía?
Sí/No
Médico primario: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
¿Podemos contactar a su medico primario acerca de su cuidado en nuestra oficina? Si/No
Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: ____ - ____ - ____
Tipos de movimientos que hace en su empleo: _____

Nombre de su pareja: _____ ¿# de niños? _____
¿ edades de los niños?: _____
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Telefono#: _____

ACCIDENTES:

¿ Alguna ves a tenido un accidente de auto? (X si aplica):
 0-6mo 6 mo-1 año 1-3años 3años Nunca
¿Ha tenido un caida reciente o se ha lastimado? (X si aplica):
 0-6mo 6 mo-1 años 1-3 años 3+ años Nunca
¿Ha recibido cuidado quiropráctico? Si No ¿Cuantos? _____ ¿última visita? _____
¿Ha recibido terapia física? Si No ¿última visita? _____

REFERIDOS:

¿Cómo supo de nuestra oficina?
 Manejo por en frente o entro sin cita Radio: _____
 Otro paciente: _____ Anuncio: _____
 Internet: _____ Evento comunitario: _____
 Compañía de seguro: _____ Otro: _____

SEGURO MEDICO:

¿ Tiene seguro medico? Si No Nombre de la aseguradora: _____ Numero de ID _____
¿ Tiene seguro secundario? Si No Nombre de la aseguradora: _____ Numero de ID _____

**Por favor provea su tarjeta de seguro y tarjetas de identificación
Assignment and Release (Pacientes con aseguranza medica)**

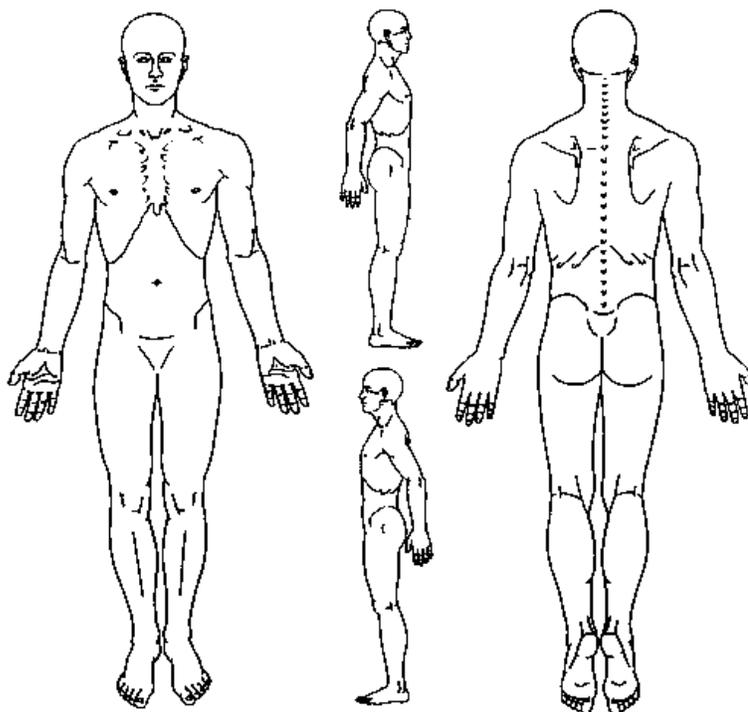
Yo certifico que lo que yo (o mi dependiente) tenemos seguro medico con _____ y yo AUTORIZO, PIDO Y ASIGNO A MI COMPAÑIA DE SEGUROS QUE LE PAGUE DIRECTAMENTE A LA PRACTICA DEL MEDICO, Bare Center For Chiropractic Wellness and Integrative Healthcare and Physical Medicine, LOS BENEFICIOS DE ASEGURANZA DE OTRA MANERAS SERAN PAGADOS A MI PERSONA. Entiendo que soy responsable financieramente por los cargos sean o no pagados por mi seguro. Autorizo al doctor a dar mi informacion personal necesaria incluyendo: diagnostico y los records o cualquier otro examen o tratamiento que se ha dado a mi persona para poder asegurar beneficios de pago. Yo autorizo el uso de mi firma en reclamaciones de pago incluyendo reclamaciones electronicas.

Firma (X) _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Por favor marque para indicar si usted esta experimentando cualquiera de las siguientes condiciones y circule las areas problematicas a la derecha:

- Dolor de cuello
- Adormecimiento y hormigueo de manos
- Dolor de espalda
- Adormecimiento y/o hormigueo de piernas
- Dolor de manos o muñecas
- La luz les molesta los ojos
- Dolor de rodillas o piernas
- Cambios en peso
- Dolor de cabeza
- Dolor en la noche
- Depresion
- Extremidades frías
- Nerviosismo
- Dificultad a dormir
- Problemas de la quijada
- Perdida de olor
- Desmayo
- Mareos
- Problemas estomacales
- Asma
- Inflamacion de las articulaciones
- Cambios al evacuar or orinar
- Cambios de humor
- Problemas de concentración
- Problemas en los pies
- Perdida de memoria
- Nausea
- Perdida de sabor
- Fatiga
- Dolor en el pecho
- Tension
- Fiebre
- Sudor frío
- Estreñimiento/diarrea
- Alergias
- Problemas al respirar
- Vision borrosa/doble
- Perdida de balance



Please check if you have ever had any of the following:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Sangrado de encias o llagas en la boca | <input type="checkbox"/> Derrames |
| <input type="checkbox"/> Aids/HIV | <input type="checkbox"/> dependencia química | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Esclerosis | <input type="checkbox"/> Intento suicida |
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroide |
| <input type="checkbox"/> inyeccioens para las alergias | <input type="checkbox"/> Problemas del colon | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> sangrado nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Contactos/lentes | <input type="checkbox"/> Discos herniados | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis | <input type="checkbox"/> piel seca | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Parkinson's | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> infecciones de oido | <input type="checkbox"/> Imbalance hormonal | <input type="checkbox"/> Nervio pinchado | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma/fatiga | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> mal aliento | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Disorders de sangrado | <input type="checkbox"/> Vesicula | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Problemas de prostata | <input type="checkbox"/> Infección vaginal |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea: Alta o baja (circule) | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Saranpion | <input type="checkbox"/> Protesis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |
| <input type="checkbox"/> Quistes de mama | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Menopausia. | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> tos ferina |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Peridad de embarazo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Escarlatina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Infarto Cardiaco | | <input type="checkbox"/> Dificultad sexual | _____ |

¿ Está bajo cuidado médico o medicamentos ? Sí No Si su respuesta es sí por favor explique,

Razón para su visita: (condiciones, síntomas, o cualquier cosa que quiera discutir)

Historial médico personal: (Circule si aplica)

Diabetes Presion sanguínea alta Marcapaso
Enfermedades cardiacas Derrame Fibromialgia
Tiroides Otro: _____

Historial familiar: (Circule si aplica y liste al miembro de la familia y la condición que aplica)

Artritis inflamatoria Enfermedad del corazón Cancer
Derrame Diabetes
Otros: _____

Historial de Trauma:

Auto (Fecha): _____ Caidas/Resbalos (Fechas): _____
Auto (Fecha): _____ Deportes: _____
Auto (Fecha): _____ Trabajo: _____
Otros: _____ Otros: _____

Porfavor en liste cualquier cirugía o hospitalización que tenga o haya tenido (escriba el tipo y fecha):

ALERGIAS: (Por favor marque las que aplique con una X)

___ Leche ___ Huevos ___ Maní ___ Almendras ___ Cashews ___ Walnuts ___ Pescado ___ Mariscos ___ Soja ___ Trigo
___ Gluten ___ Penicilina ___ Drogas con Sulfa ___ Tetraciclina ___ Codeina ___ NSAIDS ___ Fenitoina ___ Carbamazepine
___ Hongo ___ Polvo ___ Humedad ___ Mites ___ Polen de arbol ___ Polen de hierba ___ Polen de pasto ___ Insectos
___ Pelo de perro ___ Pelo de gato ___ Latex ___
Otros animales _____
Otros: _____/_____/_____/_____

Medicamentos: _____

Suplementos: _____

Actividades de Ocio: _____

¿ A tenido que dejar sus actividades de ocio o modificarlas dad a su dolor? (Por favor circule) Si/No

Experiencia quiropráctica previa: _____

¿Cómo su dolor afecta sus actividades de diario vivir?

Casa/Recreacional: _____

Trabajo: _____

Historial Social:

Usted hace ejercicio: Frecuencia Moderadamente Ocasional Ninguno

¿ Ha tenido que modificar sus ejercicios por dolor? Si/No

Sus actividades laborales incluyen: Sentarse Pararse Labor Liviana Labor pesada

Horas que pasa: Sentado (a) _____ Parado(a) _____

Usted duerme en su: Espalda Costado Estomago

¿ Usted utiliza una almohada cervical? Si No

¿Cual es su ingesta diaria/seminal de los siguientes?

Cafeina _____ vasos/dia Alcohol _____ bebidas/semanales Cigarrillos ___ cajetillas/diarios

Yo certifico que las preguntas arriba fueron contestadas correctamente. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser perjudicial para mi salud. Le dare información completa y correcta durante mi examen.

Firma (X) _____ FECHA _____

Preguntas radiográficas: Para mujeres solamente

Nuestra consulta y examen puede indicar que los rayos X son necesarios para diagnosticarle certeramente y analizar su condición. Si las radiografias fueran necesarias, queremos confirmar que en estos momentos usted no esta embarazada.

Nombre: _____ Fecha de su ultimo periodo menstrual: _____

Hay una posibilidad de que estoy embarazada en estos momentos. Si, estoy embarazada

No, Definitivamente no estoy embarazada No quiero que me tomen radiografias en estos momentos.

Firma

Fecha

MENORES DE EDAD:

Yo, _____ padre o encargado de _____,
(Nombre del padre o guardian) (Nombre del menor)

He leído y entiendo completamente los terminos arriba mencionados y doy permiso para que mi hijo (a) reciba tratamiento.

(FIRMA)

(Nombre impreso)

(Fecha)