

Aplicacion Del Paciente Para El Tratamiento

Nombre _____ Apodo _____ Cómo se enteró acerca de nosotros _____

Direccion _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____

Tel Celular _____ Tel de Casa _____ Tel de Trabajo _____

Email de Casa _____ Email de Trabajo _____

Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted? (elija uno) Email Tel Celular Tel Trabajo Tel Casa

Contacto de Emergencia: _____ Numero #: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo (elija uno) Masculino Femenino

Estado Civil (elija uno) Soltero Casado Otro NSS _____

Situacion Laboral (elija uno) Empleado Estudiante Tiempo Completo Estudiante Medio Tiempo
 Otro Retirado Trabajador Por Cuenta Propia

Ocupacion _____ Empleador _____ Numero De Empleador _____

Tiene Aseguranza? Si No Nombre de la Aseguranza: _____

Asegurado Principal? Si No Si no, el nombre del asegurado principal y la relación con usted: _____

Raza (elija uno)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativos De Alaska |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Indio Asiatico | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino |
| <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pasifico |
| <input type="checkbox"/> Samoa | <input type="checkbox"/> Guam or Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Elijo no especificar |

Multi-Racial (elija uno) Si No Desconosido

Raza (elija uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino Elijo no especificar

Idioma Preferido (elija uno)

- | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Espanol | <input type="checkbox"/> Senas Americano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Frances | <input type="checkbox"/> Aleman |
| <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Portugues | <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Frances Criollo | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Gujarati | <input type="checkbox"/> Armenio | <input type="checkbox"/> Elijo no especificar | |

Verificación Pregunta: Se requiere para que usted tenga acceso a su EHR (elegir sólo una cuestión)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cual es el nombre de su mascota preferida? | <input type="checkbox"/> En que ciudad naciste? | <input type="checkbox"/> Que escuela secundaria asistio? |
| <input type="checkbox"/> Cual es su pelicula preferida? | <input type="checkbox"/> Apellido de soltera de su madre? | <input type="checkbox"/> En que calle creciste? |
| <input type="checkbox"/> Cual es la marca de tu primer carro? | <input type="checkbox"/> Cuando es su aniversario? | <input type="checkbox"/> Su color favorito? |

Verificacion Respuesta a la pregunta elegida: _____

Actualmente fuma tabaco de cualquier tipo? Si Ex Fumador Nunca a sido un fumador

En caso afirmativo, Con que frecuencia fuma: Todos los dias Aveses

En caso afirmativo, Cual es su nivel de interes en dejar de fumar?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Falta de Interes

Muy Interesado

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Dr. Initial _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Medicamentos actuales, Incluyendo dosis:

Si no hay medicamentos actuales, marquee aqui:

- 1) _____ 4) _____
2) _____ 5) _____
3) _____ 6) _____

Anote cualquier alergia que a tenido a algun medicamento, alimentos o el medio ambiente:

Si no se conocen alergias, marquee aqui:

- 1) _____ 4) _____
2) _____ 5) _____
3) _____ 6) _____

A tenido pruebas de alergia antes? Si No

Le a diagnosticado Cualquier medico con hipertension (Presion arterial alta)? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

Le a diagnosticado Cualquier medico con diabetes en la actualidad? Si No Si, que tipo? Tipo I Tipo II

Si la respuesta fue si, fue el analisis de sangre laboratorio para la hemoglobina A1c > 9.0%? Si No No se

Otras observaciones sobre la Diabetes: _____

Medico de Atencion _____ Direccion _____ Numero _____

Le gustaria que nuestros medicos comuniquen su estado de atencion con su medico? Si No No se

Cuando fue su ultimo examen fisico? _____

Ultima vez que tuvo analisis de sangre? Dentro de un Ano Mas de un Ano No estoy seguro

Ha sido remitido a un especialista? Si No Si, Describa; _____

Alguna vez a tenido atencion Quiropractica? Si No

Si, Cuanto tiempo a pasado desde que usted ha visto a un quiropractico? _____

Alguno de su familia a recibido atencion quiropractica? Si No

Cuando fue la ultima vez que usted estuvo involucrado en un accidente de cualquier tipo, Describa? _____

La rason por su visita hoy: _____

Staff Use Only

Height: _____ inches Weight: _____ pounds BP: _____ / _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____ Dr. Initial _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

HISTORIAL DE FAMILIA: Elija cualquier condicion que USTED o su FAMILIA tiene o ha tenido.

****Porfavor indique (P) para paciente o (F) de familia****

<input type="checkbox"/> Alcoholismo (P or F)	<input type="checkbox"/> Hipertension (P or F)	<input type="checkbox"/> Ataque (P or F)
<input type="checkbox"/> Anemia (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (P or F)	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio (P or F)
<input type="checkbox"/> Asma (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado (P or F)	<input type="checkbox"/> Tiroides (P or F)
<input type="checkbox"/> Cancer/Tumores (P or F)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (P or F)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (P or F)
<input type="checkbox"/> Diabetes (P or F)	<input type="checkbox"/> Respiratorias (P or F)	<input type="checkbox"/> Ulceras (P or F)
<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea (P or F)
<input type="checkbox"/> Depresion (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoartritis (P or F)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto (P or F)
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Conv (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (P or F)	<input type="checkbox"/> VIH o otra enfermedad inmune (P or F)
<input type="checkbox"/> Glaucoma (P or F)	<input type="checkbox"/> Flebitis (P or F)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad/Corazon (P or F)	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatica (P or F)	<input type="checkbox"/> (P or F)

Indique cualquier condicion que usted tiene ahora o ha tenido en el pasado

GENERAL <input type="checkbox"/> Perdida de peso / Ganancia <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre	RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con Sangre <input type="checkbox"/> Sibilancia	HEMATOLOGIA <input type="checkbox"/> Moretones Faciles <input type="checkbox"/> Sangrado de las Encias <input type="checkbox"/> Angrandamiento de Glandulas
OJOS <input type="checkbox"/> Gafas/Contactos <input type="checkbox"/> Dolor de Ojos <input type="checkbox"/> Double Vision <input type="checkbox"/> Cataratas	GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Acidez/Reflujo <input type="checkbox"/> Nauseas/Vomitos <input type="checkbox"/> Estrenimiento <input type="checkbox"/> Cambio/Intestinal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Negro/Con Sangre	MUSCULOESQUELETICO <input type="checkbox"/> Infamacion <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Entumecimiento de dedos de pies/manos <input type="checkbox"/> Debilidad en manos, pies, brazos, pierna <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Perdida de fuerza muscular <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda
OIDO, NARIZ, GARGANTA <input type="checkbox"/> Dificultad para oir <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos <input type="checkbox"/> Vertigo/Mareos <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Rigidez Nazal <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta	GENITOURINARIO <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Miccion Frecuente <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Disfuncion Erectil <input type="checkbox"/> Secrecion Anormal <input type="checkbox"/> Fuga de Vejiga	PIEL <input type="checkbox"/> Erupcion <input type="checkbox"/> Picazon/Ardor <input type="checkbox"/> Lesiones
CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Dificultad para acostar plano <input type="checkbox"/> Inflamacion de Tobillos	ALERGIAS <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Medicacion <input type="checkbox"/> Eczema Urticaria <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno	NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria
ENDOCRINO <input type="checkbox"/> Perdida de Cabello <input type="checkbox"/> Calor/Intolerancia al frio	PYSCHIATRIC <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresion <input type="checkbox"/> Cambios de Humor	SOLO PARA MUJERES Fecha de la Ultima Mamografia _____ Normal Abnormal Fecha de la Ultima Citologia _____ Normal Abnormal Fecha del Ultimo Periodo _____ Esta Embarazada? S / N

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____ Dr. Initial _____

1. Queja Principal : _____
 Encierra en un círculo el nivel de dolor actual de su queja:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Leve Grave

Cuando comenzo? _____ Gradual / Repentino
 Circule el porcentaje de días que experimente la demanda:
 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Como calificaria el dolor en su peor momento? (1 - 10) _____

2. Queja Principal : _____
 Encierra en un círculo el nivel de dolor actual de su queja:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Leve Grave

Cuando comenzo? _____ Gradual / Repentino
 Circule el porcentaje de días que experimente la demanda:
 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Como calificaria el dolor en su peor momento? (1 - 10) _____

3. Queja Principal : _____
 Circle the current pain level of your complaint:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Leve Grave

Cuando comenzo? _____ Gradual / Repentino
 Circule el porcentaje de días que experimente la demanda:
 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Como calificaria el dolor en su peor momento? (1 - 10) _____

Que actividades laborales eres incapaz de acer? _____

Cuando te sientes mal? AM PM Cuando esta presente, cuanto tiempo dura? _____ Mins _____ Hrs

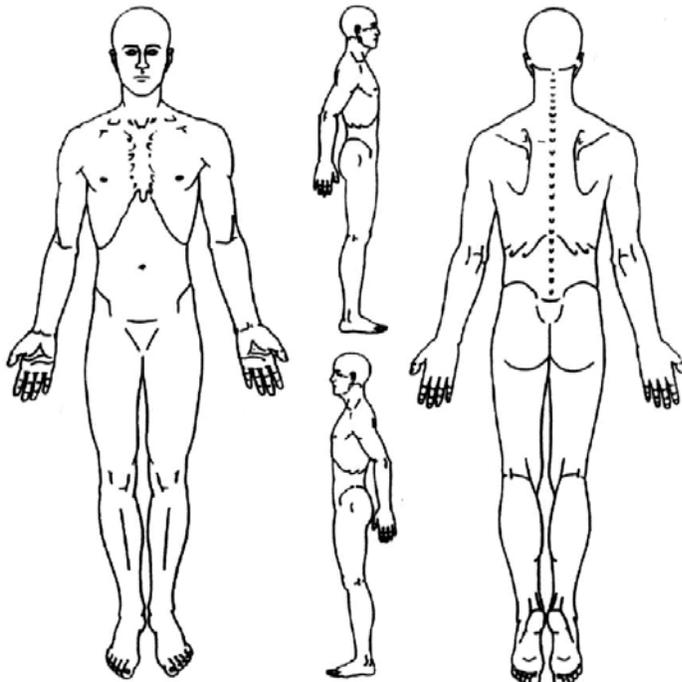
Lo que lo ace sentir mejor? _____ Lo que lo ace sentir peor? _____

Uso de las letras de abajo, mostrar donde usted esta experimentando todas sus quejas actuales:

Actualmente tiene dolor y / o dificultad al realizar cualquiera de las siguientes actividades ? (Marque Si o No)

A Pie	Si	No
Parado	Si	No
Corriendo	Si	No
Durmiendo	Si	No
Manejando	Si	No
Aciado Personal	Si	No
Sentado	Si	No
Rodillas	Si	No
Ejercicio	Si	No
Doblado	Si	No
Levantar Objetos	Si	No
Lebantar Ninos	Si	No
Tareas de casa	Si	No

- A: Dolor
- B: Ardor
- C: Calambres
- D: Dolor Sordo
- F: Rigidez
- N: Entumecimiento
- R: Dolor Pulsatil
- S: Adolorido
- T: Hormiguero
- X: Dolor Agudo
- SP: Dolor Punzante
- RP: Dolor Irradiado



- Alguna vez ha tenido pruebas de su condicion actual ? MRI Xray CT Otro _____
- Tiene usted un marcapasos? Si No 2b. Que medicamentos esta tomando actualmente? _____
- Ha perdido el trabajo debido a su condicion (s)? Si No Si, Fechas? _____
- Esta embarazada? Si No Numero de embarzos? _____ Numero de abortos involuntarios? _____
- Cual fue el primer dia de su ultimo ciclo menstrual? _____

Si usted no ha estado en el cargo en mas de 30 dias puede ser necesario un nuevo examen y se puede presentar un cargo adicional.

En caso de que podamos ayudar, El nivel de su compromiso a corregir su problema (s)?

Bajo Mediano Alto
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cual es su objective para el tratamiento? _____

Al firmar abajo, reconosco que la informacion anterior es verdadera y correcta al lo mayor de mi conocimiento:

Nombre del Paciente (Imprima): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Dr. Initials _____