

## HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

File # \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Información General

Gracias por elegir a nuestra oficina para tratamientos quiroprácticos. Queremos entender sus condiciones en totalidad. Por favor tenga paciencia con la cantidad de preguntas en estas formas y conteste cada una por completo. Si tiene algunas preguntas no dude en presentarlas. Estaremos encantados en asistirlo. Muchas gracias.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Mujer ( ) Hombre  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Es Usted  Menor de edad  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viuda/o  
Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Su Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_  
Domicilio de la Compañía \_\_\_\_\_ Numero del trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre de persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente \_\_\_\_\_  
¿A Quien podemos agradecer para remitirle a nuestra oficina?  
\_\_\_\_\_

### Por favor de presentar su tarjeta de seguro medico necesitamos hacer una copia para el archivo de los documentos.

¿Se presenta en la oficina por causa de un accidente?  
Automóvil?  Sí  No ¿Lastimado/a en el trabajo?  Sí  No ¿Otro tipo?  Sí  No  
Fecha cuando se lastimo \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

### Historia De Su Salud

Cáncer Si / No Que tipo? \_\_\_\_\_  
Alta presión Si / No \_\_\_\_\_ Diabetes Si / No Tipo 1 Tipo 2 \_\_\_\_\_  
Enfermedades del corazón Si / No Que Tipo? \_\_\_\_\_ Embolio Si / No \_\_\_\_\_  
Fibromialgia Si/No \_\_\_\_\_ Artritis Si / No \_\_\_\_\_  
Colesterol alto Si / No \_\_\_\_\_ Tiroides Si / No \_\_\_\_\_  
Osteoporosis Si / No \_\_\_\_\_ Enfermedades mentales Si / No \_\_\_\_\_  
Marcapasos Si / No \_\_\_\_\_ Implantes Si / No \_\_\_\_\_  
Perdiendo peso Si / No \_\_\_\_\_ Fracturas Si / No \_\_\_\_\_  
Ha perdido control de orinar o defecar Si / No \_\_\_\_\_ Episodios de debilidad Si / No \_\_\_\_\_  
Reemplazo de articulación Si / No \_\_\_\_\_ Ha perdido el conocimiento Si / No \_\_\_\_\_  
Expectora sangre o la nota en la orina o el evacuado? Si / No \_\_\_\_\_  
Trabajo dental Si / No \_\_\_\_\_ Ha experimentado visión doble recientemente Si / No \_\_\_\_\_  
Sirugias Si / No \_\_\_\_\_  
Tiene algunos otros síntomas o problemas de salud?  Sí  No \_\_\_\_\_

Toma usted medicamento?  Sí  No Cuales?

\_\_\_\_\_

Que vitaminas toma?

\_\_\_\_\_

Tiene alguna alergia medica? Si / No \_\_\_\_\_

### **Mujeres**

Hay una chanza que usted este embarazada?  Sí  No

Fecha de su último ciclo \_\_\_\_\_ Cuantos hijos? \_\_\_\_\_ Vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

Complicaciones en el embarazo? Si No \_\_\_\_\_

**Nombre del médico de atención primaria?** \_\_\_\_\_

### **Historia Familiar**

Anote cualquier problema de salud o enfermedades que se presentan entre miembros de su familia.

Sus Padres \_\_\_\_\_

Sus Hermanos \_\_\_\_\_

Sus Abuelos \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia \_\_\_\_\_

### **Bien estar**

Fuma usted?  Sí  No Cuantos cigarros al día? \_\_\_\_\_

Toma usted Bebidas alcohólicas? Si / No Cuantas? \_\_\_\_\_

Toma usted cafeína Si / No Cuantas bebidas? \_\_\_\_\_

### **PERMISO PARA RECIBIR PAGOS Y DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo por este medio descargo a Brady Chiropractic Group permiso para presentar información a las compañías de seguro sobre mi enfermedad o accidente, y yo por este medio asigno irrevocablemente todos los pagos para los tratamientos hechos. Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios del abogado y los costos incurridos a Brady Chiropractic Group para recaudar el saldo pendiente. Y autorizo al doctor permiso para mandar los papeles y documentos de mi caso a los abogados, doctores y los otros licenciados antedichos. Yo declare bajo juramento que la información presentada es exacta y verdad.

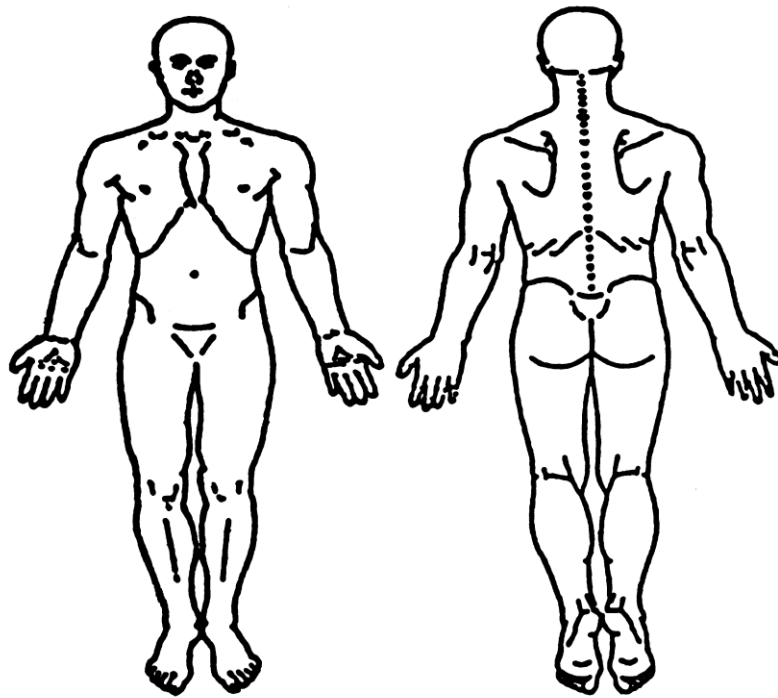
Yo entiendo que Brady Chiropractic Group manda a la compañía de aseguranza el costo y los datos de mis tratamientos como un beneficio para mí. Yo entiendo que a mí me toca la responsabilidad de asegurar que la compañía de seguridad procesa a los reclamos. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todo el costo en todo caso del cheque de pago se mande a mí por parte de la compañía de seguridad, y de mi parte mandaré el pago a Brady Chiropractic Group.

Yo concuerdo pagar el deducible, co-pay, o co-insurance durante el día del tratamiento. También entiendo que Brady Chiropractic Group ofrece a los pacientes sin seguridad unos programas para recibir una rebaja en el costo del tratamiento. Yo tengo la hoja que explica estos programas y voy a decidir cual programa es mejor para mí. (A propósito, la rebaja no incluye el precio del Primer Examen, Radiografías, Masajes médicos, vitaminas, ni equipaje como plantillas o fajas.)

Firma del paciente/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

**Por favor marque la siguiente figura**

D= Dolor      Q= Quema      G= Golpe      E= Entumecimiento



Por favor dibuje una línea horizontal en la siguiente escala para indicar el grado del dolor o molestia que está experimentando hoy en día

Ausencia  Extrema

Esta Ud. interesado en recibir más información en:

\_\_\_\_\_ nutrición y dieta para la salud \_\_\_\_\_ aparatos ortopédicos de soporte para el arco  
 \_\_\_\_\_ terapia de masaje \_\_\_\_\_ otro tipo de información \_\_\_\_\_