

BIENVENIDOS A BRADY CHIROPRACTIC GROUP, PC

File # _____

Fecha _____

Información del Paciente

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades quiroprácticas. Para poder comprender su condición adecuadamente, sea lo más preciso posible al completar este formulario. Si tiene alguna pregunta o inquietud, solicite ayuda. Estaremos encantados de ayudarle. Gracias.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de teléfono _____ Numero de Casa _____ Numero de Trabajo _____

Sexo de Nacimiento: Femenina Masculino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____

Es: Menor Soltero/a Casado/a Pareja Domestica Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Raza: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático/a Negro o Afroamericano/a Hispano/a

Nativo hawaiano o otro isleño del Pacífico Blanco/a

Su Ocupación _____ Su Empleador _____

Contacto de Emergencia _____ Numero _____

¿Nombre de la persona responsable de esta cuenta? _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero _____ Relación _____

¿A quién podemos agradecer por referirte a nosotros? _____

AUTORIZACION DE PAGO / CONTRATO FINANCIERO

Entiendo que **BRADY CHIROPRACTIC GROUP, PC** factura a mi seguro como un servicio para mí. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que mi compañía de seguros procese todos los reclamos. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por mi compañía de seguros.

Acepto pagar mi deducible, copago o coseguro al momento del servicio. **Acepto que si el pago no se realiza en la forma acordada, pagaré intereses sobre dicha cuenta a una tasa del 1,5 % mensual sobre el saldo impago (18 % anual).**

FIRMA DE PACIENTE
PADRE O GUARDIAN

FECHA

SU SALUD

Uso de tabaco: Nunca Ex consumidor de tabaco Vivo con un fumador

Consumo tabaco cada día Consumo tabaco cada otro día

Consumo de alcohol: Nada Casi nunca Bebedor social Alcohólico en recuperación

Consumo de café: Nada Casi nunca Frecuente -- Café Te Soda Bebida energética

HISTORIA DE SALUD

Cáncer Sí No ¿Que tipo? _____

Presión Alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perder peso ahora sin intentarlo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perdida de consciencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida del control de la vejiga o los intestinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nota sangre en las heces o en la orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo 1 (Insulina) Tipo 2	Tosiendo sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Episodios recientes de debilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visión doble reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo dental reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reemplazos articulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Implantes de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		

Otros problemas médicos o de salud: _____

Nombre de su doctor _____ Especialistas _____

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento? Sí No
Medicamentos / recetados y sin receta: Permítanos hacer una copia de la lista que lleva usted.

¿Que vitaminas o otros suplementos nutricionales toma actualmente?

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Sí No _____

SOLO MUJERES

¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada ahora? Sí No _____

Fecha del último ciclo menstrual _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____ Parto vaginal _____ Cesárea _____

¿Complicaciones del embarazo? Sí No _____

¿Le han realizado una exploracion de densidad ostea? Sí No Mes _____ Año _____

PREOCUPACIONES DE MOMENTO

PREOCUPACIÓN PRINCIPAL : Dolor de Cuello Dolor de Espalda Dolor de Cabeza Otra cosa

¿QUE CAUSA SU DOLOR? Trauma Caída No Se Otra cosa

¿CUÁNDO COMENZÓ TU DOLOR? ____ día(s) ____ semana(s) ____ mes(es) ____ año(s)

¿ QUE AYUDA ALIVIAR SU DOLOR? Porfavor marca todo lo que aplique abajo.

Hielo Calentura Estiramientos Masaje Medicamento Nada algo mas _____

¿QUÉ AGRAVA TU DOLOR? Porfavor marca todo lo que aplique abajo.

Movimiento Estar Sentado/a Estar Parado/a Caminar Manejar Levantarse Dormir algo mas _____

¿CÓMO DESCRIBIRÍAS TU DOLOR? Porfavor marca todo lo que aplique abajo.

Poco Dolor Dolor Intenso Hormigueo Ardiente Punzante Palpitante Apretante algo mas _____

¿DÓNDE SE IRRADIA SU DOLOR? Porfavor marca todo lo que aplique abajo.

Brazo Derecho Brazo Izquierdo Pierna Derecha Pierna Izquierda El Gluteo Derecho El Gluteo Izquierdo

Los Dedos o Mano Derecha Los Dedos o Mano Izquierda

¿QUÉ TAN SEVERO ES EL DOLOR? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de Dolor

Dolor Severo

¿QUÉ TAN SEGUIEDO SIENTE EL DOLOR? Constante Diario Semanalmente Mensual algo diferente _____

¿TU DOLOR HA MEJORADO DESDE QUE EMPESÓ? Sí No Algo mas _____

¿HA EMPEORADO ? Sí No Algo mas _____

¿HAS TENIDO ESTE TIPO DE DOLOR ANTES? Sí No Algo mas _____

¿HA SIDO TRATADO POR ESTE TIPO DE DOLOR ANTES? Sí No Algo mas _____

¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA COMENTAR CON EL DOCTOR?

Circula tus áreas de preocupación o las áreas que le gustaría ver mejora.

