



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nac: _____ Hombre Mujer Pronombre preferido: _____

Casado Soltero En pareja Nombre de la pareja: _____

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Nombre del contacto de emergencia | Relación | Teléfono: _____

¿Ha recibido atención quiropráctica anteriormente? S / N Fecha del último ajuste: _____

¿A quién podemos agradecer que le haya remitido a nuestra consulta? _____

¿Ha servido usted o su cónyuge en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? S / N

¿CÓMO CALIFICARÍA SU SALUD ACTUAL?



¿Qué número cree que representa su salud en la actualidad? (escala del 1 al 10, como se ve arriba) _____

4 PILARES DE LA SALUD

(marque las que le correspondan y rellene las suyas)

COMER BIEN: ¿De qué consta principalmente su dieta?

- Alimentos orgánicos/ Cocinados Alimentos Como _____
- alimentados con hierba en casa procesados fuera

MOVERSE BIEN: ¿Cuáles son sus hábitos de actividad física diaria?

- Trotar/Salir Yoga Sedentario Gimnasio Caminar _____

PENSAR BIEN: ¿Cuáles son sus estrategias diarias de salud mental?

- Meditación Gratitud Escribir un diario Actividad creativa _____

RECUPERARSE BIEN: ¿Qué estrategias de recuperación incorpora a su vida?

- Más de 7 horas de sueño Tiempo en la naturaleza Trabajo de respiración _____

Clasifique estos aspectos en el orden (1-4) de necesidad de mejora para su vida en este momento (1- máxima prioridad)

_____ Comer bien _____ Moverse bien _____ Pensar bien _____ Recuperarse bien

RAZÓN PARA BUSCAR ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

- Gonzar de un nuevo nivel de salud y curación
- Estar más conectado con mi cuerpo
- Aliviar síntomas - (marque las zonas en el diagrama de la derecha)
- Embarazo saludable - fecha de parto: _____
- Otros: _____

Preocupación actual por la salud:

¿Cuánto tiempo lleva sufriendo esto?

_____ Días | Semanas | Meses | Años

¿Cómo crees que empezó esto?

¿Qué ha hecho para mejorarla?

¿Qué lo empeora?

¿Cuál es la gravedad de estas preocupaciones

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

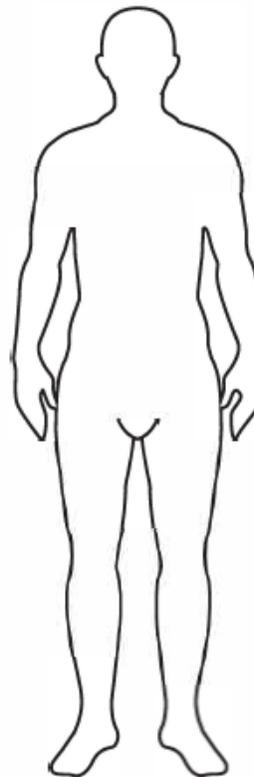
¿Con qué frecuencia sufre estas preocupaciones?

- Constantemente Frecuentemente
- Intermitentemente Ocasionalmente

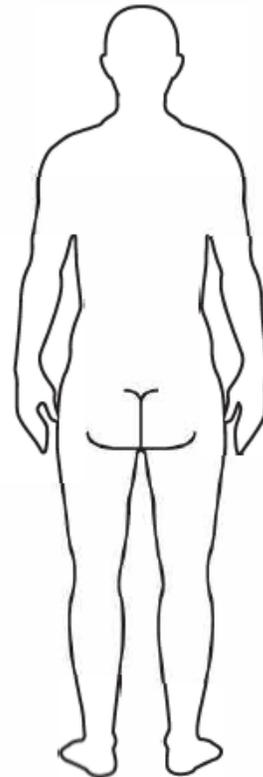
Otros signos de interferencia (marque las que le correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Acidez de estómago | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga | <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Pérdida de control de la vejiga | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud: |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño | <input type="checkbox"/> Úlceras | _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Intestino Irritable | _____ |

DELANTE



DETRÁS



LEYENDA:

- X Entumecimiento / Hormigueo
- ^ Dolor / Oscurecimiento / Rígido
- O Ardor
- Hinchazón
- > Agudo

LA INCAPACIDAD DEL CUERPO PARA EXPRESAR LA SALUD PLENAMENTE

Lo siguiente puede contribuir al proceso de interferencia nerviosa.
Marque las que correspondan a su historial de salud.

ESTRÉS FÍSICO

- Traumatismo de nacimiento
- Cirugías
- Hospitalizaciones
- Resbalones/caídas
- Accidente de tráfico
- Lesiones deportivas
- Conmoción cerebral
- Abuso físico
- Trabajo pesado
- Mala postura
- Uso excesivo del ordenador
- Movimientos repetitivos
- Estar sentado o de pie mucho tiempo
- Problemas para dormir

ESTRÉS EMOCIONAL

- Relaciones /Familia
- Profesión
- Financiero
- Ritmo de vida
- Ansiedad
- Depresión
- Temperamento
- Agobio
- Supresión emocional
- Perfeccionismo
- Procrastinación
- Pérdida extrema
- Indignidad
- Dudas de sí mismo

ESTRÉS QUÍMICO

- Analgésicos
- Fumador / Tabaco
- Relajantes musculares
- Fumador pasivo
- Cafeína
- Alcohol
- Bebidas azucaradas
- "Bebidas sin azúcar"
- Medicamentos con receta
- Control de la natalidad / HRT
- Medicamentos
- Alimentos procesados
- Antibióticos
- Hormonas

Agregue cualquier información adicional de las casillas de verificación anteriores:

¿Cuáles son los 3 MAYORES factores de estrés en su vida actualmente?

ALERGIAS

MEDICAMENTOS I OBJETIVO

SUPLEMENTOS

<hr/>	<hr/>	<hr/>

Nombre: _____ Fecha de naci: _____ Account # _____
(solo para uso de la oficina)

Nombres de niños | Edades: _____

HISTORIAL DE PARTOS:

- Ginecólogo Matrona Hospital Parto en casa Centro de partos Natural Cesárea Inducido
- De nalgas Posición posterior Aspiradora Forceps Lactancia materna Fórmula Vacunas
- Antibióticos Aborto espontáneo Preocupaciones sobre la fertilidad

¿Su hijo ha experimentado alguno de los siguientes?

- Reflujo Cólicos Estreñimiento Infecciones de oído Comportamiento Problemas para dormir
- Tortícolis Otros: _____

¿Qué actividades son importantes para su calidad de vida?

¿Cómo interfiere su problema de salud actual en su calidad de vida?

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Sueño | <input type="checkbox"/> Actitud |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio / Recreación | <input type="checkbox"/> Autocuidado | <input type="checkbox"/> Paciencia |
| <input type="checkbox"/> Relaciones | <input type="checkbox"/> Energía | <input type="checkbox"/> Productividad |

¿Cuáles son sus objetivos de salud?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuál es su nivel de compromiso consigo mismo y con su bienestar?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Firma: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE TÓXICOS

Diseñado para ayudar al profesional a evaluar el potencial de las necesidades nutricionales de un paciente.
 Valore cada uno de los siguientes aspectos en función de su perfil de salud durante los últimos 90 días

MARQUE EL NÚMERO CORRESPONDIENTE

0 - Rara vez o nunca

1 - Ocasionalmente experimenta los síntomas, el efecto NO es grave

2 - Ocasionalmente experimenta los síntomas, el efecto es grave

3 - Experimenta con frecuencia los síntomas, el efecto NO es grave

4 - Experimenta con frecuencia los síntomas, el efecto es grave

DIGESTIVO

Náuseas o vómitos.....0 1 2 3 4
 Diarrea.....0 1 2 3 4
 Estreñimiento.....0 1 2 3 4
 Sensación de hinchazón.....0 1 2 3 4
 Eructos o expulsión de gases.....0 1 2 3 4
 Acidez.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

OÍDOS

Picor de orejas.....0 1 2 3 4
 Dolores de oído o infecciones de oído.....0 1 2 3 4
 Supuración del oído.....0 1 2 3 4
 Zumbido de oídos o pérdida de audición.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

EMOCIONES

Cambios de humor.....0 1 2 3 4
 Ansiedad, miedo, nerviosismo.....0 1 2 3 4
 Ira / Irritabilidad.....0 1 2 3 4
 Depresión.....0 1 2 3 4
 Sentimiento de desesperación.....0 1 2 3 4
 Indiferente o desinteresado.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

ENERGÍA / ACTIVIDAD

Fatigue o pereza.....0 1 2 3 4
 Hiperactividad.....0 1 2 3 4
 Inquietud.....0 1 2 3 4
 Insomnio.....0 1 2 3 4
 Despierto por la noche.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

OJOS

Ojos llorosos o con picor.....0 1 2 3 4
 Párpados hinchados, enrojecidos y pegajosos.....0 1 2 3 4
 Ojeras.....0 1 2 3 4
 Visión borrosa o de túnel.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

CABEZA

Dolores de cabeza.....0 1 2 3 4
 Desmayos.....0 1 2 3 4
 Mareos.....0 1 2 3 4
 Presión.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

PULMONES

Congestión torácica.....0 1 2 3 4
 Asma o bronquitis.....0 1 2 3 4
 Falta de aliento.....0 1 2 3 4
 Dificultad para respirar.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

PESO

Atracciones de comida o bebida.....0 1 2 3 4
 Ansiedad por ciertos alimentos.....0 1 2 3 4
 Exceso de peso.....0 1 2 3 4
 Peso compulsivo.....0 1 2 3 4
 Retención de líquidos.....0 1 2 3 4
 Peso insuficiente.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

MEMORIA

Mala memoria.....0 1 2 3 4
 Confusión.....0 1 2 3 4
 Poca concentración.....0 1 2 3 4
 Poca coordinación.....0 1 2 3 4
 Dificultad para tomar decisiones.....0 1 2 3 4
 Tartamudez.....0 1 2 3 4
 Habla arrastrada.....0 1 2 3 4
 Dificultades de aprendizaje.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

BOCA / GARGANTA

Tos crónica.....0 1 2 3 4
 Náuseas o necesidad frecuente
 De aclararse la garganta.....0 1 2 3 4
 Hinchado o descolorido.....0 1 2 3 4
 Aftas.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

NARIZ

Nariz tapada.....0 1 2 3 4
 Problemas de sinusitis.....0 1 2 3 4
 Alergia al polen.....0 1 2 3 4
 Ataques de estornudos.....0 1 2 3 4
 Mucosidad excesiva.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

PIEL

Acné.....0 1 2 3 4
 Urticaria, sarpullido o piel seca.....0 1 2 3 4
 Pérdida de cabello.....0 1 2 3 4
 Descarga.....0 1 2 3 4
 Sudoración excesiva.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

ARTICULACIONES / MÚSCULOS

Dolor o molestias en las articulaciones.....0 1 2 3 4
 Artritis reumatoide.....0 1 2 3 4
 Osteoartritis.....0 1 2 3 4
 Rigidez o limitación de movimientos.....0 1 2 3 4
 Dolor o molestias musculares.....0 1 2 3 4
 Dolores de espalda recurrentes.....0 1 2 3 4
 Debilidad o cansancio.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

CORAZÓN

Latidos débiles.....0 1 2 3 4
 Latidos rápidos.....0 1 2 3 4
 Dolor en el pecho.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

OTROS

Enfermedades frecuentes.....0 1 2 3 4
 Micción frecuente o urgente.....0 1 2 3 4
 Fugas de la vejiga.....0 1 2 3 4
 Picor genital, secreción.....0 1 2 3 4
 TOTAL: _____

TOTAL: _____

Signature: _____ Date: _____

Account # _____
(for office use only)



FORMULARIO DE INGRESO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

En cumplimiento de los requisitos del programa gubernamental de incentivos de HCE

Nombre: _____ Apellido: _____

Idioma preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

El sexo: _____ Sexo al nacer: _____

Condición de fumador (marque con un círculo):

Fumador diario / Fumador ocasional / Antiguo fumador / Nunca ha fumado

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio: _____

Los CMS exigen a los proveedores que informen tanto de la raza como de la etnia.

Raza (marque una):

Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiático / Negro o afroamericano / Blanco (caucásico) /
Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico / Otro / No contesto

Origen étnico (marque una opción): Hispano o Latino / no hispano o latino / declino responder

Elijo rechazar la recepción de mi resumen clínico después de cada visita

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____/_____ Pulse: _____

POLÍTICAS FINANCIERAS



Nombre: _____ Fecha de naci: _____ Account # _____
(solo para uso de la oficina)

PRIEBA DE SEGURO: Los nuevos pacientes deben completar nuestros formularios de información para nuevos pacientes antes de ver a un médico. Debemos obtener una copia de su documento identificativo con foto y su tarjeta de seguro actual para tener una prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de cualquier saldo acumulado. Si su seguro caduca o expira, exigimos el pago completo en un plazo de 10 días a menos que usted proporcione la prueba de la cobertura de seguro válida.

PAGO POR CUENTA PROPIA

Los pacientes sin cobertura médica deben realizar el pago completo en el momento en que se prestan los servicios. Cualquier descuento del plan solo puede aplicarse a los servicios pagados en el momento en que se prestan/se inician los servicios/planes. Se puede aplicar un cargo por servicio del 15,00 % anual a todos los saldos impagados de más de sesenta días. Las dificultades financieras solo están disponibles previa prueba de dichas dificultades y exclusivamente a discreción del médico.

MEDICARE

El deducible o el coseguro se deben pagar en el momento de la prestación del servicio cuando no se dispone de una cobertura de seguro secundaria o no se pueden verificar los beneficios. Los servicios que no están cubiertos por el Programa Medicare deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Se exigirá una notificación anticipada al beneficiario para todos los servicios que no estén cubiertos o que no se crea que estén cubiertos. Los deducibles se facturarán y deberán pagarse en un plazo de diez días. Se podrá aplicar un cargo por servicio del 15,00 % anual a todos los saldos impagados de más de sesenta días.

Planes dentro de la red: Entiendo que Family First Chiropractic presentará los reclamos en mi nombre y preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar el cobro a la compañía de seguros. Family First Chiropractic aceptará la asignación directa de beneficios de acuerdo con esta póliza y acreditará cualquier pago recibido de la compañía de seguros a su cuenta.

He leído y entendido la política financiera anterior y comprendo plenamente que soy el responsable último del pago de todos los servicios y de cualquier costo asociado a los cobros, lo que incluye, entre otras cosas, los cargos por servicio y otras tasas por cualquier saldo adeudado a la oficina y al médico mencionados.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ASISTENCIA



Nombre: _____ Fecha de naci: _____ Account # _____
(solo para uso de la oficina)

ThEl proceso para determinar la idoneidad de los servicios quiroprácticos implica responder de forma completa y veraz a todas las preguntas que se le presenten, ya sean escritas o habladas, sobre sus condiciones de salud pasadas y presentes durante la consulta.

Si se justifica, se realizará un examen físico que puede incluir, pero no se limita a: medición de las constantes vitales, evaluación de los sistemas, pruebas y maniobras ortopédicas (pruebas que mueven y estresan las articulaciones del cuerpo), prueba neurológica (pruebas con instrumentos afilados o sordos, olores o sonidos, golpeando suavemente los tendones), así como el tacto físico. Estas pruebas y maniobras ayudarán al quiropráctico a determinar la causa de sus molestias. Ocasionalmente puede producirse algún dolor o rigidez temporal debido a la exploración; con menos frecuencia se agravan los síntomas presentes o se inician nuevos síntomas.

Se pueden tomar u ordenar radiografías para que el quiropráctico comprenda mejor la enfermedad subyacente, las posiciones y la alineación de la columna vertebral y las estructuras asociadas. El riesgo de exposición a la radiación es limitado, pero existe. Si está o cree que puede estar embarazada, avise al quiropráctico o al técnico de laboratorio de rayos X; no se permiten rayos X a las mujeres embarazadas en ningún trimestre.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Nos preocupa la protección de su privacidad, especialmente en lo que se refiere a su información médica personal. De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestras políticas y procedimientos de privacidad. Le animamos a que lea detenidamente este documento, ya que en él se describen el uso y las limitaciones de la divulgación de su información sanitaria y sus derechos como paciente. Si alguna vez tiene alguna pregunta o duda sobre el uso o la divulgación de su información médica personal, estaremos encantados de atenderla.

Doy mi consentimiento para que el médico que interviene en mi caso realice los procedimientos mencionados anteriormente:
_____ Sí _____ NO

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Family First Chiropractic para la Información de Salud Protegida.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____