

Silver Chiropractic & Wellness

CASO DE HISTORIA CONFIDENCIAL

Este cuestionario ha sido diseñado para proveer factores importantes en referencia a su historia de dolor y condicion. La informacion proveida es importante para determinar y diagnosticar su problema. Porfavor tomese el tiempo y complete las siguientes preguntas a su totalidad. **Porfavor firme cada pagina.**

INFORMACION DEL PACIENTE*****

DR/ SR/ SRA/ SRTA:_____ RAZA:_____ FECHA:_____

NOMBRE:_____ APELLIDO:_____ SEGUNDO NOMBRE:_____

DIRECCION:_____ CIUDAD/ESTADO:_____ ZONA POSTAL:_____

TELEFONO:_____ EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____ SEG. SOC# :_____

TELEFONO (CELL) _____ EMAIL _____

ESTADO CIVIL: CASADO (a) / SOLTERO (a) / DIVORCIADO (a) / VIUDO (a) # DE NINOS:_____

OCUPACION:_____ TRABAJO:_____ # TEL: _____

NOMBRE DEL ESPOSO (a):_____ TRABAJO:_____ # TEL: _____

DR DE FAMILIA:_____ DIRECCION:_____ # TEL: _____

DENTISTA DE FAMILIA:_____ DIRECCION:_____ # TEL: _____

ESTADO DE SALUD*****

CUALES SON LAS CAUSAS POR LA CUAL REQUIERE TRATAMIENTO?
(EN ORDEN DE IMPORTANCIA)

1. _____ 4. _____ 7. _____ 10. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____ 11. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____ 12. _____

Cuanto tiempo hace que tiene estas condiciones? _____
En el pasado ha sufrido esta condicion? _____

Esta condicion se empeora progresivamente?
SI [] NO [] CONSTANTE []

Esta condicion le esta interfiriendo con:
TRABAJO [] SUENO [] RUTINA DIARIA [] OTRO: _____

Cuanto Tiempo hace que usted se siente bien? _____

Otros Dr. que haigan tratado esta condicion _____

Fecha de el ultimo chequeo medico _____

Mencione sirugias anteriores _____

FIRMA: **X** _____ FECHA: _____

Mencione medicinas las cuales le causan alergias. _____

Silver Chiropractic & Wellness

Mencione medicinas que este tomando: 1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Esta usted usando: Plantillas Marcapaso Otro Explique: _____

Ha tenido accidentes automovilisticos SI NO Fecha? _____
Anteriormente?
Describa: _____

Ha sufrido accidentes previos? SI NO Fecha? _____
Describa: _____

Esta usted embarazada? SI NO POSIBLE

Anote tratamientos que haya recibido y los profesionales que la esten atendiendo:

<u>DOCTORES</u>	<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>TRATAMIENTO Y FECHAS</u> <u>APPROX.</u>
-----------------	---------------------	---

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

FIRMA: X _____

FECHA: _____

****Por favor marque las condiciones que apliquen a su historia medica.***

Silver Chiropractic & Wellness

ALERGIAS:

- Hay Fever
- Food Allergies: _____
- Allergic to: _____

ARTHRITIS:

- Gout
- Osteoarthritis: Specify Joint: _____
- Rheumatoid Disease
- Other: _____

DESORDENES ENDOCRINOS:

- Diabetes
- Hypoglycemia
- Parathyroid Disease
- Thyroid Disease
- Other: _____

DESORDENES OCULARES:

- Glaucoma
- Ocular Herpes
- Other: _____

DESORDENES HIV:

- Tested HIV Positive
- Aids
- Other: _____

KIDNEY/URINARY DISORDERS:

- Bladder Infections
- Blood in urine
- Kidney Disease
- Sugar in Urine
- Other: _____

DESORDEN MOSCULAR:

- Muscular Dystrophy
- Muscle Shaking (tremors)
- Muscle Spasms or Cramps
- Other: _____

DESORDENES NERVIOSOS:

- Cerebral Palsy
- Epilepsy
- Neuralgia
- Multiple Sclerosis
- Parkinson's Disease
- Stroke
- Other: _____

IMPLANTES ARTIFICIALES:

- Heart pace maker
- Heart Valve
- Joint replacement: specify joint & side: _____
- Other: _____

DESORDENES SANGUINEOS:

- Anemia
- Bleeding Easily
- Hemophilia
- Leukemia
- Sickle Cell Anemia
- Other: _____

PROBLEMAS CIRCULATORIOS/CORAZON:

- Arteriosclerosis
- Congenital Heart Disorders (at birth)
- Coronary Artery Disease
- Heart Murmur
- Heart Palpitations
- High Blood Pressure
- Low Blood Pressure
- Poor Circulation
- Rheumatic Fever
- Other: _____

ENFERMEDAD DE HIGADO:

- Cirrhosis of the Liver
- Hepatitis A (infectious)
- Hepatitis B (serum)
- Other: _____

DESORDENES RESPIRATORIOS:

- Asthma
- Chronic Colds
- Emphysema
- Frequent Cough
- Lung Cancer
- Shortness of Breath
- Tuberculosis
- Other: _____

DESORDENES ESTOMACAL/INTESTINAL:

- Bloating
- Colitis
- Constipation
- Frequent Diarrhea
- Frequent Gas
- Gallbladder Problems
- Heartburn
- Ulcers
- Other: _____

FIRMA: X _____

FECHA: _____

INFORMACION DE ACCIDENTE*****

Silver Chiropractic & Wellness

Si usted ha estado envuelto en un accidente, porfavor conteste esta seccion.

Fecha y Hora de accidente: _____

Que empora su dolor? _____

Cuando ocurrio su condicion? _____

Que usted cree sea la causa de su dolor? (Fecha: _____)

Accidente de Auto (Fecha: _____)

Accidente de motorcyc (Fecha: _____)

Relacionado con el trabajo (Fecha: _____)

En zona de Recreation (Fecha: _____)

Lesion Atletica Pelea Caida (Fecha: _____)

Otro: _____

Que otro informacion es importante acerca de su condicion?

Describe el accidente brevemente:

DESTINACION DESPUES DEL ACCIDENTE

Cuando fue al Hospital? _____ Nombre del Hospital: _____

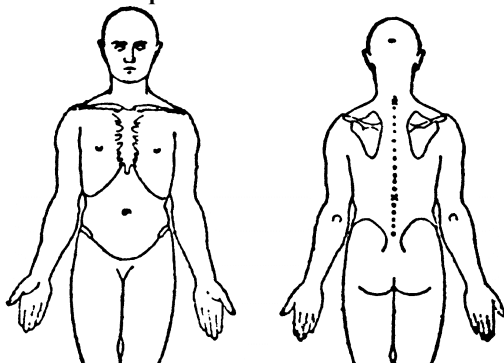
Quien lo llevo al Hospital? _____ Fue admitido: _____

Fecha de alta? _____ Le tomaron radiographia? _____

Ha sido diagnosticado con desorden de TMJ? _____

FIRMA: X _____ **FECHA:** _____

Porfavor marque las areas donde le duele.



Alguna vez ha sufrido de:

Mareos _____

Dolores de espalda _____

Problemas del Corazon _____

Diabetes _____

Silver Chiropractic & Wellness

- Artritis_____
- Dolores de Cabeza_____
- Asthma_____
- Neuritis_____
- Desordenes digestivos_____
- Nerviosismo_____
- Sinositis_____
- Dolor de Cuello_____
- Otro:_____

HISTORIA CLINICA FAMILIAR

(Many health problems are the result of hereditary spinal weakness; thus information about your family members will give us a better picture of your total health picture.)

Padre: _____

Madre: _____

Hermana: _____

Hermano: _____

Otro: _____

POR FAVOR PIENSE...Si hay algo mas que el doctor necesite saber sobre su condicion?

FIRMA: X _____

FECHA: _____

INFORMACION DE CUBIERTA:*****

Seguro Médico: _____

Asegurado

Nombre / Número: _____ # de Grupo _____

Seguro Médico Secundario: _____

Silver Chiropractic & Wellness

Asegurado
Nombre / Número: _____ # de Grupo _____

Seguro Automovilístico: _____
Día y Hora del Accidente: _____ Nombre del Asegurado: _____
de Poliza: _____ # de Reclamo: _____
Nombre del Agente: _____

Si usted no tiene su propio seguro, usted vive con alguien que si tenga? _____
Nombre del Asegurado: _____
¿Cómo están relacionados? _____
de Poliza: _____ # de Reclamo: _____

DATOS DE SU ABOGADO: *****

Nombre de su abogado _____ # de Teléfono: _____
Dirección de su Abogado: _____

Yo autorizo la distribución de un reporte completo de los resultados de la examinación, diagnóstico, programa de tratamiento, etc., a cualquier doctor ó dentista que me este tratando ó que se me halla sido referido. En adición, yo autorizo la distribución de alguna información médica a compañía de seguro ó para alguna documentación legal para el proceso del reclamo. Entiendo que soy responsable por todos los cargos del tratamiento que se me sea rendido, no importando la cubierta de seguro.

FIRMA: X _____ **FECHA:** _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la salud y las polizas de accidents son un arreglo entre la compañía de seguro y mi persona. Además, entiendo que *Silver Chiropractic & Wellness* preparará todos los reportes necesarios y formas que ayudaran a collectar de la compañía de seguro y que alguna cantidad autorizada que sea pagada directamente a *Silver Chiropractic & Wellness* será acreditada tan pronto sea recibida.. Sin embargo, claramente entiendo y estoy de acuerdo que todos los servicios rendidos son cargados a mi persona y que soy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si yo suspendo ó termino my cuidado y tratamiento, cualquier cargo por los servicios profesionales rendidos deberan de ser pagados inmediatamente.

FIRMA DEL PACIENTE: X _____

FIRMA DEL GUARDIAN ó ESPOSO: X _____