

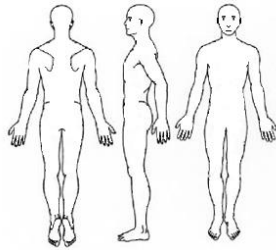
VITALITY CHIROPRACTIC FAMILY PRACTICE

HISTORIAL DEL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____
 DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
 TELEFONO (H) _____ (W) _____ CELL: _____
 EMAIL _____
 COMO ESCUCHO DE NOSOTROS? _____
 NOMBRE DE ABOGADO (ACCIDENTES DE CARRO) _____ PHONE # _____

RAZON DE LA VISITA

CUELLO DOLOR DE CABEZA ESPALDA MEDIA ESPALDA BAJA BRAZO (D/I) HOMBRO (D/I) PIERNA (D/I)
 OTRO: _____



Circle above the site of your pain(s)

DOLOR IRRADIA DE _____ A _____
 DIA DE COMIENZO _____ GRADUAL REPENTINO
 QUE LO ALIVIA? _____
 QUE LO EMPEORA? _____
 DESCRIBA EL DOLOR? AGUDO TENSION CALIENTE PROFUNDO
 OTRO _____
 Peor en: Manana Tarde Noche Igual todo el dia
 Nivel de dolor: (mejor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)
 Notas del doctor _____

Ocupacion _____
 Esta lesion se debe a su trabajo? Si No Esta lesion se debe a accidente de carro? Si No
 Describa su estres en el trabajo? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bajo Alto

Historial de Salud- Por favor marque las condiciones con las cuales ha sido diagnosticado

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Piedras rinones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Cirrosis |
| <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Dolor de oido | <input type="checkbox"/> Insomnia |
| <input type="checkbox"/> Moretones | <input type="checkbox"/> Problemas de ojo | <input type="checkbox"/> Baja presion |
| <input type="checkbox"/> Dolor pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Tremors |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Dificultad respirando | <input type="checkbox"/> Perdida de peso |

Historial Familiar- Por favor marque las condiciones con las cuales algun familiar ha sido diagnosticado

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Desorden neurologico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | |

Ha sido tratado por otro doctor para esta lesion? Yes No

Que tipo de tratamiento? _____

Le han ordenado rayos X o MRI? SI No

Si contest si, por favor indique _____

Historial Social

Activo Sexualmente? Si No
 Usted fuma? Si No Antes Cuantos por dia? _____
 Cuantas horas duerme en la noche? _____
 Usted se ejercita? Si No Frecuencia? _____
 Utiliza drogas recreacionales? Si No Que tipo? _____
 Consume alcohol? Si No Frecuencia? _____
 Como describe su dieta? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enliste de cirugias, hospitalizaciones y lesiones

Enliste todos sus medicamentos o suplementos

Ha ido al quiropractico anteriormente? Si No

Si contest si, por favor provea:

Nombre del Quiropractico _____

Razon por la visita _____

Ultima visita _____

Resultado Bueno Pobre

Firma del paciente _____ Fecha _____

Con esta firma yo entiendo que todos los servicios proveidos y cobrados son mi responsabilidad de pagar. Mas aun entiendo que si suspendo o termino mi tratamiento cualquier balance adeudado debera ser pagado al momento.

VITALITY CHIROPRACTIC FAMILY PRACTICE

Escala de Malestar Diario:

Por favor marque con una X todas las que apliquen:

Actividad	No Duele	Duele un poco	Duele mucho	Casi no aguanto	El dolor previene esta actividad
Caminar					
Sentarse					
Doblarse					
Pararse					
Dormir					
Levantar					
Correr o trotar					
Subir escaleras					
Cargar					
Empujar o halar					
Manejar					
Vestirse					
Leer					
Ver Television					
Quehaceres en el hogar					
Jardineria					
Deportes					
Trabajo					

Total _____

Firma _____

Fecha _____

VITALITY CHIROPRACTIC FAMILY PRACTICE

CONSENTIMIENTO A CUIDADO QUIROPRACTICO

He sido informado que no es raro que los pacientes sientan un poco de aumento en dolor después de un ajuste quiropráctico. Si esto ocurre, aplicaré hielo o calor según haya sido ordenado y descansaré. Si tengo sospechas sobre el dolor o siento que nuevos síntomas aparecen puedo llamar a la clínica 24 horas al día o puedo presentarme al salón de emergencias.

Si se me ha hecho alguna examinación fuera de la oficina (laboratorios u otros procedimientos) yo entiendo que el doctor me notificará mis resultados cuando estos estén disponibles.

Por este medio consiento al cuidado quiropráctico incluyendo varias modalidades terapéuticas y de ser necesario, radiografías (x-rays) por el doctor de esta oficina y cualquier personal autorizado en esta oficina por dicho doctor.

Mas aún entiendo y he sido informado, como en toda profesión de salud, que en el cuidado quiropráctico existen ciertos riesgos incluyendo pero no limitado a tensión y esguince muscular, lastimadura de disco y derrame cerebral. No es de esperar que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y deseo depender del juicio y tratamiento que el doctor entienda pertinente para mi bienestar en base a los datos proveídos al momento.

He leído el consentimiento antes mencionado y con mi firma en este documento entiendo todo lo antes estipulado. Entiendase que este consentimiento cubrirá el tratamiento completo y cualquier condición futura por la cual busque tratamiento.

Nombre

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Padre/Guardian

(para menores)