



The Spinal Decompression & Chiropractic Center Bienvenido

Archivo _____

Informacion del Paciente

CONFIDENCIAL

Gracias por escoger nuestra practica para sus necesidades quiropracticas. Por favor completar esta forma con tinta negra. Si tiene alguna pregunta o preocupacion, por favor no dude solicitar asistencia. Con todo gusto le podemos ayudar. (Letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ # SS _____
Primer Segundo Apellido

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Sexo: Femenino Masculino Otro Fecha de Nacimiento ____/____/____ Correo Electronico _____

Telefono de casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Como prefiere ser contactado en referencia a su informacion de salud y recordatorios de futuras citas? (marcar todo lo aplicable)

Correo electronico Celular Correo de voz Telefono Casa Maquina de contestar

Si desea mensaje de texto, por favor proveer el nombre de su compania telefonica: AT&T Cricket

Sprint T-Mobile Verizon Otro _____

Con cuanto tiempo de anticipacion desea que se le avise de su proxima cita 15 min 30 min 1 hora

2 horas 4 horas 1 dia

Es usted : Menor de edad Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Soltero (a) Separado (a)

Lugar de empleo _____ Ocupacion _____

Direccion del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre del Conyuge o Padres _____ Lugar de Trabajo _____ Tel del

Trabajo _____

Nombres y edades de sus hijos (opcional) _____

Si tiene cobertura de seguro medico, proveer el nombre de la persona inscrita _____ y

fecha de nacimiento _____

A quien tenemos que agradecer por haberle referido a nosotros? _____

Persona a contactar en caso de emergencia _____ Telefono _____

Responsabilidad

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ #SS _____

Parentesco con el paciente _____ Telefono _____

Sintomas

Razon de su visita? _____ Cuando noto por primera vez los sintomas? _____

Como comenzaron? _____

Esta su condicion progresivamente poniendose peor? _____

Especificamente, donde esta localizado el problema? _____

Que actividades lo empeoran? Sentado Parado Caminando Agachado Acostado Otro _____

Tipo de dolor: Punzante Leve Palpitante Adormecido Doloroso Intermitente Quemante
 Cosquilleo Calambre Rigido Inflamado Otro _____

Evaluar la severidad del dolor (1, Dolor suave o incomodo hasta 10, dolor severo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es constante el dolor o se va y viene Cuando fue la ultima vez que le examinaron la columna vertebral? _____

Que tratamiento ha recibido para su condicion?

Quiropractica Medicamentos Cirujia Terapia fisica Otro _____

Proveer nombre y ubicacion (ciudad, estado) de otros doctores que le han dado tratamiento a su condicion: _____

Marcar solo las condiciones que aplican a usted:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Rinon | <input type="checkbox"/> Problemas de Prostata |
| <input type="checkbox"/> Alzheimers | <input type="checkbox"/> Emfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado | <input type="checkbox"/> Protesis _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolores de menstruacion | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Aborto natural | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | | <input type="checkbox"/> Multiesclerosis |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Marca Pasos | <input type="checkbox"/> Tumores o bultos |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Hernia en los discos | | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____ | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Nervio Pinzado | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Dependencia quimica | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Neumonia | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides |

Indicar a que tipo de cirujias ha sido sometido y las fechas: _____

Lista de medicamentos: _____

Alergias: _____

MUJERES:

Esta embarazada Si No Amamantando? Si No Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Toma Hormonas? Si No

Habitos Diarios

Que tipo de ejercicio hace regularmente? _____ Con que frecuencia:? _____

Cuales son sus habitos durante el trabajo? Sentado (a), Parado (a) Trabajo Liviano, Trabajo Pesado, Trabajo de Computadora

Cuantas medidas (1/2 taza) ingiere en el dia de frutas oscuras o coloridas:? _____ Vegetales? _____

Cuantas onzas de agua toma en el dia (sin incluir otros liquidos)

Que vitaminas u otros suplementos nutricionales toma actualmente:? _____

Fuma tabaco? Si No Cuantos al dia? _____ Cuanto alcohol consume semanalmente? _____

Cuanto café consume a diario?(regular decafeinado) Cuanta soda? _____ De que tipo? _____

A que hora se acuesta? _____ A que hora se levanta? _____ Cuando despierta, siente que ha descansado suficientemente? Si No o _____%

Autorizacion

Yo certifico que he leído y entendido la información arriba descrita. Las preguntas han sido contestadas correctamente. Tengo entendido que si doy información falsa, esto puede ser peligroso para mi salud. También tengo entendido que al proveer mi información personal estoy autorizando al Dr. Vince Baugher y a sus empleados para que me sean enviados directamente los registros financieros y médicos, ya sea vía electrónica o verbal, incluyendo pero no limitado a recordatorios de citas futuras y mensajes. Yo autorizo al Dr. Vince Baugher para que pueda liberar a terceras personas, ya sean acreedores o a otros profesionales que practiquen medicina, cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examen efectuado en mi persona o en mi dependiente legal, durante el periodo del tratamiento quiropráctico. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguro médico que pague los beneficios directamente al Dr. Vince Baugher. También tengo entendido que mi compañía de seguro médico pueda ser que pague menos que el monto total de cada tratamiento y servicio. Estoy de acuerdo de que soy responsable del pago de todos los servicios que me sean otorgados, así como los de mis dependientes y también comprendo que cualquier saldo que me corresponda pagar por mi propia cuenta, lo hare al momento en que se me presten los servicios, de lo contrario la cuenta sera enviado a una agencia de cobro de cuentas atrasadas o en mora y sere tambien responsable de los cargos de recoleccion de fondos. Saldos atrasados de mas de 90 dias incurriran en cargos financieros de un 15% APR sobre el monto total.

X _____

Firma del Paciente (o padres del menor)

Fecha

“El Doctor del futuro no tratara el cuerpo humano con drogas, sino que prevendra las enfermedades con la nutricion-

-Thomas Edison