

Formulario de paciente nuevo - Pray Chiropractic

New Patient Form - Pray Chiropractic

Información del paciente

Patient Information

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____
Last Name First Name MI

Correo electrónico: _____
Email

Dirección: _____
Address

Ciudad: _____
City

Estado: _____ Código postal: _____
State Zip

Teléfono: _____ Casa Celular Trabajo
Phone Home Cell Work

N.º de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o
N.º de licencia de conducir (DL, por sus siglas en inglés): _____
SSN or DL#

Sexo M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sex Age Birth Date

Casado Soltero En pareja Hijos Cantidad: _____
Married Single Partnered Children How Many

Dolencia Principal: _____
Main Complaint

La afección está relacionada con: Trabajo Accidente automovilístico Caída Accidente doméstico
Is condition Work Related Auto Accident Fall Home Injury

Empleador/escuela del paciente: _____
Patient Employer / School

Ocupación: _____
Occupation

Dirección laboral: _____
Work Address

Teléfono: _____
Phone

En caso de emergencia, comunicarse con: _____
In case of emergency, contact

Vínculo: _____ Teléfono: _____
Relationship Phone

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? Google Facebook Yelp
How did you hear about our office

Sitio web Recomendación de un paciente Otro: _____
Sign Patient Referral Other

Historia clínica

Health History

¿Ha consultado alguna vez a un quiropráctico? Sí No En caso afirmativo, ¿a quién y cuándo? _____
Have you ever been to a chiropractor before? Yes No If yes, who and when?

¿Se ha sometido a alguna cirugía? Sí No En caso afirmativo, enumérelas 1. _____ 2. _____ 3. _____
Any Surgeries? Yes No If yes, list them

¿Tuvo algún accidente o caída grave? _____
Major accidents or falls?

¿Alguna vez se le ha diagnosticado cáncer? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo y cuándo? _____
Have you ever been diagnosed with cancer? Yes No If yes, what kind and when?

Fecha del último examen físico _____
Date of last physical examination

Lista de todos los medicamentos que toma actualmente _____
List all medications currently taking

Lista de todas las lesiones, incluidas las lesiones deportivas, laborales, automovilísticas y domésticas _____
List all injuries including sports injuries, work injuries, auto accidents, and home injuries

Marque todas las casillas que correspondan:

Please check all of the following that apply to you:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción
<small>Alcohol/Drug Dependence</small> | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reciente
<small>Recent Fever</small> | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones
<small>Epilepsy/Seizures</small> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Marcapasos
<small>Pacemaker</small> |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión
<small>High Blood Pressure</small> | <input type="checkbox"/> Hernia de disco
<small>Herniated Disc</small> |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (fecha) _____
<small>Stroke (Date)</small> | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata
<small>Prostate Problems</small> |
| <input type="checkbox"/> Uso de corticoesteroides (cortisona, prednisona, etc.)
<small>Corticosteroid Use (Cortisone, Prednisone, etc.)</small> | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales
<small>Menstrual Problems</small> |
| <input type="checkbox"/> Toma anticonceptivos
<small>Take Birth Control Pills</small> | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayos
<small>Dizziness / Fainting</small> | <input type="checkbox"/> Embarazada actualmente, cantidad de semanas _____
<small>Currently Pregnant # Weeks</small> |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento en la ingle/los glúteos
<small>Numbness in Groin/Buttocks</small> | <input type="checkbox"/> Anomalías en el peso <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Pérdida
<small>Abnormal Weight Gain Loss</small> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/tumor (Explique) _____
<small>Cancer/Tumor (Explain)</small> | <input type="checkbox"/> Rigidez/dolor matutino considerable
<small>Marked Morning Pain/Stiffness</small> |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud (Explique) _____
<small>Other Health Problems (Explain)</small> | <input type="checkbox"/> Dolor que no disminuye con la posición o el descanso
<small>Pain Unrelieved by Position or Rest</small> |
| | <input type="checkbox"/> Dolor durante la noche
<small>Pain at Night</small> |
| | <input type="checkbox"/> Trastornos de la visión
<small>Visual Disturbances</small> |

Antecedentes familiares

Family History

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Autoimmune Disease</small> | Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Diabetes</small> | Migrañas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Migraines</small> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Other</small> |
| Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Bleeding Disorder</small> | Cardiopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Heart Disease</small> | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Osteoporosis</small> | |
| Trastornos de coagulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Clotting Disorder</small> | Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>High Blood Pressure</small> | Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Stroke</small> | |
| Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Cancer</small> | Nefropatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Kidney Disease</small> | Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>Thyroid Disease</small> | |

Cesión y divulgación

Assignment and Release

En representación propia y de todo paciente de quien usted sea el padre o el tutor legal, usted 1) certifica que la información en el presente formulario es exacta y está actualizada; 2) presta su consentimiento para que Pray Chiropractic, PC efectúe el tratamiento; 3) cede a Pray Chiropractic, PC todo seguro de atención médica o beneficio de reembolso al que tenga derecho para la atención brindada por Pray Chiropractic, PC, autoriza el pago directo a Pray Chiropractic, PC y autoriza el uso de su firma para este propósito limitado; 4) acepta ser el principal responsable de todos los cargos adeudados a Pray Chiropractic, PC (excepto aquellos incluidos en una oferta prepaga), además de los honorarios del abogado, las costas judiciales y otros gastos de cobranza; 5) presta su consentimiento para que Pray Chiropractic, PC divulgue toda "información de salud protegida", conforme se define en las normativas federales de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), para los fines autorizados por ley, y 6) acusa recibo del Aviso de Práctica de Privacidad de Pray Chiropractic, PC.

Nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante personal en letra imprenta
Printed name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante personal
Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Vínculo: _____
Relationship

Fecha: _____
Date