

INFORMACION GENERAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) : ___/___/___
 Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenina Edad: _____
 Ciudad: _____, PR. Código postal: _____ Teléfono Casa: _____
 Seguro Social: _____ Teléfono celular: _____
 Número de Licencia de conducir y estado: _____ Dirección de E-mail: _____
 Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____
 Ocupación: _____ Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Nombre de su espos(@): _____ Trabajo de su esposo (@): _____
 Ocupación de su espos(@): _____ Número y edades de sus hijos: _____
 ¿Referido a esta oficina por? _____
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

SEGURO

¿Tiene usted seguro de salud? Si No (necesita proveernos copia para su expediente)

¿Es usted el asegurado principal? Si No

De No, Nombre de asegurado principal. _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal. ___/___/___

METAS PARA EL CUIDADO

Las personas consideran a quiroprácticos para una variedad de diversas razones. Algunos van para la relevación del dolor, otros a corregir la causa o para la prevención. Su doctor pesará sus necesidades y deseos al recomendar su programa de la salud. Marque por favor el tipo de cuidado deseado para podernos dirigir por sus deseos siempre que sea posible.

- Relevación sintomática- Relevar el dolor o la molestia
- Cuidado Correctivo – Corregir, relevar, estabilizar la causa de su problema.
- Prevención – Mantener su cuerpo al grado más alto de salud posible.
- Quisiera que el doctor seleccionara el tipo de cuidado apropiado para mis condiciones.

Enumere a cualquier otro doctor que usted haya consultado para esta condición:

1. _____ 2. _____

Ha recibido cuidado Quiropráctico en el pasado: Si No ¿Cuándo?: _____

Nombre del Quiropráctico _____

Firma del paciente: _____ Nombre del paciente: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Queja Principal

#1 ¿Cuál es la razón de su visita hoy? Por favor escriba todos sus problemas de salud empezando con el más importante.

#2 ¿Desde cuándo tiene usted este problema?

#3 ¿Cuándo comenzó?:

- Gradualmente De repente A causa de un accidente No está seguro/a

#4 Está presente:

- El 100% del tiempo 50% del tiempo
 Menos de 25% del tiempo 75% del tiempo 25% del tiempo

#5 Usted esta:

- mejorando empeorando se mantiene igual

#6 Su problema está peor durante:

- La mañana Medio día Tarde Noche

#7 Esto afecta:

- Su trabajo Cuanto duerme Recreación Tiempo con la familia
 Durante su rutina diaria

#8 ¿Ha consultado algún otro profesional con este problema?

- No Quiropráctico Profesional Medico
 Terapia física Otro; _____

#9 ¿Ha tenido este problema antes?

- Si No

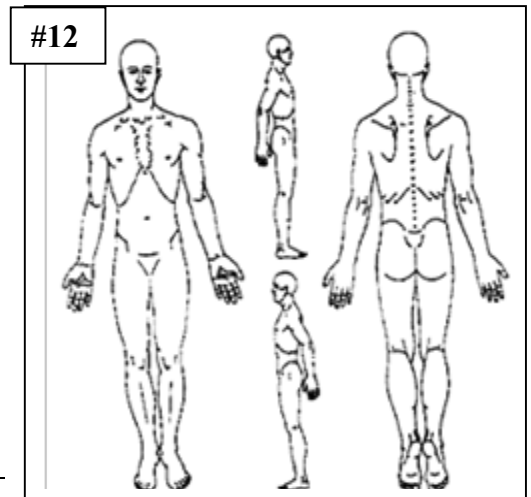
#10 Indique la severidad.

(No hay problema) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Problema Extremo)

#11 Indique el nivel de su empeño en corregirlo

(No empeñado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Empeñado)

#12 Indique todas las partes del cuerpo donde tiene usted problema. Por favor marque TODAS las áreas aunque sean pequeñas y no sean la razón de su visita.



Aviso sobre el Embarazo: A mi mejor conocimiento no estoy embarazada. Entiendo que los rayos x pueden ser dañinos para un niño que esta por nacer.

Día del último cicló menstrual: _____

Consentimiento para el cuidado de un hijo menor de edad: Yo, siendo el padre o guardián legal del hijo menor de edad, doy mi permiso para la evaluación, rayos-X y cuidado Quiropráctico.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Historial Médico/ Síntomas

- #1** Edad de su padre _____. Si esta fallecido cual fue la causa: _____
- #2** Edad de su madre _____. Si esta fallecida cual fue la causa: _____
- #3** ¿Tiene usted hermano(a) s? Si No
- #4** En su familia hay historial de: El corazón Diabetes Otro: _____
 Cáncer Artritis
- #5** ¿Está usted tomando medicamentos? Sí No
 ¿Si su respuesta fue sí, cuáles está tomando? Para los hormonas Anti-inflamatorias
 Para la presión Medicina para dolor
 Para la diabetes Relajantes musculares
 Para la tiroides Medicina sin receta
 Anticonceptivas
- #6** ¿En cuál posición trabaja usted?: Parado/a Sentado/a Moviéndose
- #7** Normalmente duerme usted: De espalda De lado En su estomago
- #8** ¿Cuántas horas duerme usted cada noche? 4hrs o menos 5-6 hrs 7-8 hrs
 8-10 hrs 10-11 hrs 12 hrs o mas
- #9** Usa usted: Tabaco / Cigarros Si No Cuantos a la semana _____
 Alcohol Si No _____
- Café / Té Si No _____
- Vitaminas Si No _____
- #10** ¿Hace usted ejercicio? Si No _____
- #11** ¿Ha tenido usted algunos de las siguientes condiciones?
- | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alergias | <input type="radio"/> Presión baja | <input type="radio"/> Piedras en el riñón | <input type="radio"/> Problemas en los pies |
| <input type="radio"/> Temblores | <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Hipoglicemia | <input type="radio"/> Problemas de las hormonas |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Problemas al orinar | <input type="radio"/> Lesiones en la piel |
| <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Gas Anormal | <input type="radio"/> Problemas psicológicos | <input type="radio"/> Problemas del corazón |
| <input type="radio"/> Insomnio | <input type="radio"/> Irritable | <input type="radio"/> Perdida de conciencia | <input type="radio"/> Enfermedad hereditaria |
| <input type="radio"/> Moretones | <input type="radio"/> Várices | <input type="radio"/> Problemas de circulación | <input type="radio"/> Orina con frecuencia |
| <input type="radio"/> Fracturas | <input type="radio"/> Estreñido | <input type="radio"/> Problemas del riñón | <input type="radio"/> Sangrado de la nariz |
| <input type="radio"/> Fatiga | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Dolor de espalda | <input type="radio"/> Problemas respiratorios |
| <input type="radio"/> Comezón | <input type="radio"/> Dolores de cabeza | <input type="radio"/> Sangre en las heces | <input type="radio"/> Problemas digestivos |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Meningitis | <input type="radio"/> Sangre en la orina | <input type="radio"/> Problemas sexuales |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hinchazón | <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Problemas en las manos |
| <input type="radio"/> Diarrea | <input type="radio"/> Operaciones/Cirugía | <input type="radio"/> Orina en la noche | <input type="radio"/> Extremidades frías |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Pérdida de peso | <input type="radio"/> Escalofríos | <input type="radio"/> Problemas en los ojos |
| <input type="radio"/> Sinusitis | <input type="radio"/> Problemas al oír | <input type="radio"/> Presión alta | |

Agregue detalles o comentarios aquí:

Firma: _____

Fecha _____

POLIZA DE LA OFICINA

Es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado de salud, el seguro o mi información del contacto.

PLAN #1 - SEGURO: Entiendo y convengo que las pólizas de seguro de la salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y yo mismo. Todos los servicios profesionales rendidos se cargan directamente al paciente (yo) y son mi responsabilidad. Queremos que los cargos por exanimación y ajuste estén pagados por completo cuando se rinden los servicios y hasta que se haya verificado la cobertura del seguro. Si algunos servicios son negados o no cubiertos, si su cobertura resulta inactiva o hubiere alguna diferencia en los deducibles de su seguro será su responsabilidad. En caso que su cheque del seguro sea enviado a usted, esperamos que usted lo presente a esta oficina si hay cargos pendientes.

PLAN #2 - EFECTIVO: Los honorarios son pagados a la hora del servicio, a menos que las medidas especiales se hayan tomado por adelantado. Si las medidas especiales son tomadas y usted decide discontinuar su cuidado, su balance pendiente debe ser pagado inmediatamente. Esto se aplica a todos los tipos del plan.

CALIFICO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DEL PLAN # _____.

Yo puedo solicitar una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad del Quiropráctico y comprendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar éste documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y diseminaciones de mi información protegida de salud que ocurra en mi cuidado, pago de mis facturas o en el desempeño de cuidado de salud de mi Quiropráctico. Este aviso de Prácticas de Privacidad también describe los derechos y responsabilidades del Quiropráctico con respecto a mi información protegida de salud.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGAR LA INFORMACIÓN

Le autorizo a divulgar cualquier información juzgada apropiada a cualquier compañía, abogado o ajustador de seguros para procesar mis demandas para el reembolso, y le relevo de cualquier consecuencia de eso. Si lo determinamos necesario podemos divulgar su información personal de salud (PHI) a los miembros de la familia o a los amigos cercanos que le acompañan para proveerle a usted el mejor cuidado posible. Podemos también divulgar su PHI a un miembro de la familia u otro que ayuden a pagar su cuidado. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en cómo utilizamos o divulgamos su PHI.

AMBIENTE ABIERTO

Mantenemos un ambiente abierto en la oficina para crear un sentido de calor de familiar, curativo, y de la educación. Durante ajustes, no pasamos la información privada; sin embargo, usted estará en un área abierta donde otros pueden verle y/o oír por casualidad la conversación. Si hay necesidad de discutir algo de naturaleza personal o privada, usted debe solicitar una cita especial en uno de nuestros cuartos privados. Un doctor o un miembro entrenado del personal hablarán con usted sobre su condición, la preocupación u otras materias.

TERMINOS DE ACEPTACION

No diagnosticamos condiciones o enfermedades, con excepción de subluxaciones vertebrales. No ofrecemos NINGÚN tratamiento de condiciones o de la enfermedad, con excepción de subluxaciones vertebrales. No prometemos NINGUNA curación de ninguna condición o enfermedad.

NUESTRA META

NUESTRA META es localizar, analizar y corregir interferencia en el sistema nervioso. El propósito del sistema nervioso es controlar y coordinar toda la función corporal.

Yo, _____ he leído la declaración ante dicha y la entiendo totalmente. Comienzo mi cuidado quiropráctico sobre esta base.

FIRMA _____

FECHA _____

Cuestionario de Estado de Salud

Nombre

Apellidos

Fecha

Conteste las siguientes preguntas marcando con los números del 1 al 5

1 = Nunca, 2 = Rara Vez, 3 = Ocasionalmente, 4 = Regularmente, 5 = Constantemente

Estado Físico:

1. Presencia de dolores (Cuello/espalda o brazos/piernas, etc).	1	2	3	4	5
2. Tensión, rigidez o falta de flexibilidad en su columna vertebral.	1	2	3	4	5
3. Episodios de fatiga o baja energía.	1	2	3	4	5
4. Episodios de catarrros/"monga".	1	2	3	4	5
5. Dolores de cabeza (de cualquier tipo).	1	2	3	4	5
6. Incidentes de náusea, estreñimiento.	1	2	3	4	5
7. Incidentes de molestias durante la menstruación.	1	2	3	4	5
8. Incidentes de alergias "rashes" o eczema.	1	2	3	4	5
9. Incidentes de mareos o desorientación.	1	2	3	4	5
10. Incidentes de caídas o tropezarse.	1	2	3	4	5

Estado Mental/Emocional:

1. Si experimenta dolores; ¿Cuánto le estresan?	1	2	3	4	5
2. Presencia de pensamientos negativos hacia usted mismo.	1	2	3	4	5
3. Experiencia de cambios de estado de ánimo o coraje repentino.	1	2	3	4	5
4. Experiencia de depresión o falta de interés.	1	2	3	4	5
5. Exagerada preocupación sobre pequeñas cosas.	1	2	3	4	5
6. Dificultad al concentrarse o dificultad al tomar decisiones.	1	2	3	4	5
7. Vagas sensaciones de miedo o ansiedad.	1	2	3	4	5
8. Inquietud/dificultad al estar en una posición por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
9. Dificultad durmiéndose o manteniéndose dormido.	1	2	3	4	5
10. Sueños o pensamientos recurrentes.	1	2	3	4	5

Evaluación de Estrés:

1. Familiar	1	2	3	4	5
2. Relaciones Personales Importancia.	1	2	3	4	5
3. Salud	1	2	3	4	5
4. Trabajo	1	2	3	4	5
5. Escuela	1	2	3	4	5
6. Sentido de Bienestar General.	1	2	3	4	5
7. Bienestar Emocional	1	2	3	4	5
8. Enfrentando problemas diarios.	1	2	3	4	5

Indique grado a las sensaciones relativas a su calidad de vida general con

1 = Ninguno, 2 = Poca, 3 = Moderada, 4 = Considerable, 5 = Extensa

Disfrute de la vida:

1. Experiencia de relajación y sensación de bienestar.	1	2	3	4	5
2. Pensamiento positivos sobre su persona.	1	2	3	4	5
3. Interés en mantener un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio, etc).	1	2	3	4	5
4. Facilidad a estar abierto al relacionarse con otros.	1	2	3	4	5
5. Nivel de confianza en su habilidad de manejar adversidades.	1	2	3	4	5
6. Compasión y aceptación por otros.	1	2	3	4	5
7. Satisfacción con el nivel de disfrute/recreación en su vida.	1	2	3	4	5
8. Episodios espontáneos de alegría y felicidad.	1	2	3	4	5
9. Tiempo dedicado a las cosas que le gustan.	1	2	3	4	5

Indique grado a las sensaciones relativas a su calidad de vida general con

1 = Terrible, 2 = Poco Feliz, 3 = Insatisfecho, 4 = Mixto, 5 = Satisfecho 6 = Complacido, 7 = Encantado

Calidad de Vida General:

1. Su vida personal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sus compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Su trabajo actualmente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Manejo de problemas en su vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sus logros personales actuales.	1	2	3	4	5	6	7
7. Su persona.	1	2	3	4	5	6	7
8. Grado de adaptación a los cambios en su vida.	1	2	3	4	5	6	7
9. Grado en que su vida sea lo que usted siempre desee.	1	2	3	4	5	6	7

BEYOND
HEALTH CENTERS
A Chiropractic Development Company

Yo, _____, mayor de edad, acepto:

1. Recibir cuidado quiropráctico en la oficina del Dr. Eddy L. Díaz y/o por los Quiroprácticos que en ella trabajan y su personal.
2. Me hago responsable de la deuda contraída por los servicios prestados no cubiertos por mi seguro médico.
3. Toda deuda será saldada de inmediato.

Firma de paciente o tutor

Firma del Doctor o personal autorizado

Fecha