

Fort Bend Injury Clinic, PLLC Información Confidencial del Paciente

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____ Telefono Celular: _____

Correo electronico: _____

Edad: _____ Raza: _____ Masculino Femenino

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro: _____

Nombre de esposo(a) ó pariente cercano: _____ Teléfono: _____

Su ocupación: _____ Su empleador: _____

Referido a esta oficina por: Páginas Amarillas Correo En la Clínica Periódico

Otro _____ Amigo(a) – Nombre: _____

Pago será: Seguro Médico Seguro de Automovil Indemnización de Trabajo

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Empleador del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Relacion con el Asegurado: _____

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros?: Si No Nombre: _____

HISTORIA MEDICA/FAMILIA

Y=YO

M=MADRE

P=PADRE

(Favor de indicar en el espacio apropiado que condicion ha(n) experimentado)

Y M P

SIDA

anemia

artritis

asma

dolor de espalda

problemas con vejiga

rotura de huesos

cancer

dolor de pecho

conmoción

convulsiones

diabetis

indigestion

Y M P

dislocación de coyunturas

epilepsia

sarampión

dolores de cabeza

problemas del corazón

desordenes al sist. reproductivo

presión alta

HIV/ARC

desordenes con el riñón

mal movimiento de intestinos

cólicos menstruales

distrofia muscular

esclerosis en placas

Y M P

dolor de cuello

nerviosismo

entumecimientos

polio

circulación pobre

hepatitis

fiebre reumática

reumatismo

escarlatina

serios daños

problema seno

enfermedad venerea

tuberculosis

Ha sido tratado por un doctor en el último año por alguna dolencia? Si No

Describe la condición: _____

Fecha de último chequeo medico: _____ Estatura: _____ Peso: _____

HISTORIA QUIRURGICA:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

3. _____ Fecha: _____

Ha tenido alguna vez un implante metálico?: Si No Le han baleado alguna vez?: Si No

HISTORIA DE ACCIDENTES: Trabajo Automovil Otro 1. _____ Fecha: _____

Trabajo Automovil Otro 2. _____ Fecha: _____

Trabajo Automovil Otro 3. _____ Fecha: _____

HISTORIA SOCIAL

Usted toma bebidas alcoholicas? si no cuanto por semana?: _____

Usted usa productos con tabaco/fuma? si no cuantos paquetes por dia: _____

Toma suplementos con vitaminas? si no por favor enlistar: _____

Usted consume cafeina? si no cuanto por dia?: _____

Usted hace ejercicio? si no cual es la frecuencia y tipo de ejercicio _____

Cuales son sus pasatiempos: _____

POR FAVOR DESCRIBA SUS MALESTARES PRINCIPALES:

Por favor enumere sus sintomas 1-10 (1 siendo el dolor menos doloroso y 10 siendo el mas fuerte)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

SINTOMAS SON PEORES EN MAÑANA TARDE NOCHE

CUANDO Y COMO SUCEDIERON? _____

SINTOMAS SE DESARROLLARON DE: LESION EN EL TRABAJO ACCIDENTE AUTO ACCIDENTE OTRO

ENFERMEDAD MOTIVO NO CONOCIDO GRADUALMENTE: Fecha que ocurrio: _____

SINTOMAS PERSISTEN POR #: _____ HORA(S) _____ DIA (S) _____ SEMANA (S) _____ MES (ES) _____ AÑO(S)

SINTOMAS/MALESTAR: VIENEN Y SE VAN CONSTANTES

HA TENIDO ESTOS SINTOMAS ANTES: NO SI CUANDO? _____
SI USTED FUERA ADIVINAR, QUE PIENSA LE ESTA CAUSANDO ESTE MALESTAR? _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR QUE LO HA TRATADO PREVIAMENTE DE ESTA CONDICION(ES):

ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO NO SI DE QUE TIPO? _____

ESTA BAJO MEDICAMENTO NO SI DE QUE TIPO? _____

ESTA EMBARAZADA NO SI FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION _____

POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE AGRAVAN SU CONDICION:

INCLINARSE EXTENDERSE PUJAR TOSER SENTARSE DOBLAR LA CABEZA

CARGAR ESTORNUDAR CAMINAR ESTAR PARADO

POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE ALIVIA SU CONDICION:

INCLINARSE SENTARSE CARGAR ESTAR PARADO ACOSTARSE DOBLAR LA CABEZA

EXTENDERSE CAMINAR

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER OTRO SINTOMA ADICIONAL QUE ESTA EXPERIMENTANDO:

visión borrosa zumbido en los oídos pies fríos manos frias sudores fríos

pérdida de concentramiento/confusión estreñimiento depresión/lantos diarrea mareos cara roja

desmayos fatiga fiebre cabeza pesada dolores de cabeza insomnia luz molesta los ojos

perdida de equilibrio pérdida de olfato perdida de sabor no resiste el frío movimiento de músculos

entumecimiento de las manos entumecimiento de los pies como agujas en los brazos como agujas en las

piernas zumbido en los oídos falta de aire cuello tieso dolor de estómago

AUTORIZACION Y LIBERACION: YO AUTORIZO DIRECTAMENTE LOS PAGOS DE BENEFICIOS DE SEGURO AL QUIROPRACTICO O A SU OFICINA QUIROPRÁCTICA. YO AUTORIZO AL MÉDICO PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA COMUNICARSE CON LOS MÉDICOS PERSONALES Y OTROS PROVEEDORES DE SALUD Y LOS PAGADORES PARA ASEGURAR LOS PAGOS DE BENEFICIOS. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FOR TODOS LOS COSTOS DEL CUIDADO QUIROPRACTICO, INDEPENDIEMENTE DE LA COVERTURA MEDICA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SUSPENDO O TERMINO MI PROGRAMA DE CUIDADO SEGÚN LO DETERMINÓ MI DOCTOR DE TRATAMIENTO, CUALQUIERA CUOTA POR SERVICIOS PROFESIONALES SERÁN INMEDIATAMENTE DEBIDO Y PAGABLE.

EL PACIENTE ADMITE Y ACUERDA PERMITIR QUE ESTA OFICINA QUIROPRÁCTICA USE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA EL PROPOSITO DE TRATAMIENTO, EL PAGO, LAS OPERACIONES DE SALUD Y LA COORDINACIÓN DEL CUIDADO. QUEREMOS HACERLE SABER CÓMO SE UTILIZA SU INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE EN ESTA OFICINA Y SUS DERECHOS RELATIVOS A ESTOS REGISTROS. SI USTED DESEA TENER UNA CUENTA MAS DETALLADA DEL AS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE CONCIERNEN LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE, LE ANIMAMOS QUE LEA EL AVISO DE HIPPA QUE ESTA DISPONIBLE PARA USTED CON LA RECEPCIONISTA ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. SI HAY ALGUIEN QUE USTED NO QUIERA QUE RECIBA SU EXPEDIENTE MEDICO, POR FAVOR INFORMAR A LA OFICINA.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____