

Información para Pacientes *(Español)*

PACIENTE

Nombre: _____ Seguro Social#: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Sexo: F M
Correo Electronico: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Cuantos Hijos(as) tiene en Total? _____

Seleccione Uno: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

SOLO PARA MUJERES: Está usted o hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No Insegura

Como se enteró de nuestra oficina o Quien lo Refirió? _____

EMPLEADOR o ESCUELA

Ocupación: _____ Empleador/Escuela: _____ Telefono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*Alguna vez has tenido Quiropráctico antes? Sí No Fecha: _____ Que doctor? _____

*Liste sus razones de la visita de hoy?

1. _____ Por cuánto tiempo? _____
2. _____ Por cuánto tiempo? _____
3. _____ Por cuánto tiempo? _____

Liste otros médicos que consulto por estas condiciones:

1. _____
2. _____

Clinica/Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

*Está relacionado con un accidentes? Sí No Si es sí marque el que aplique: Carro Trabajo Personal/Deporte
Cuando y como? _____

La condición se esta convirtiendo? Igual Mejor Peor

Historia Familiar? _____

Ha tenido usted algún hueso quebrados? Sí No Si es así, la lista de todos los huesos rotos y dar fechas _____

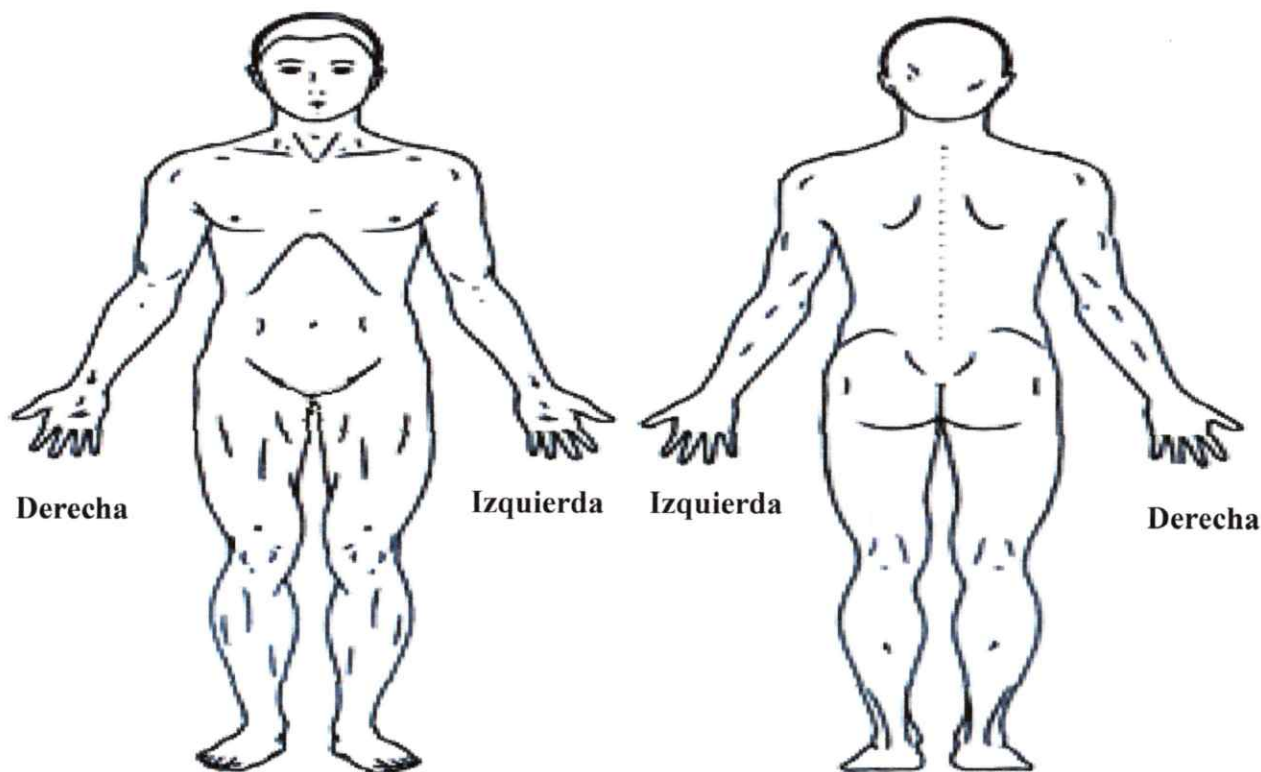
Ha tenido enfermedades/cirugías /hospitalizaciones? (Incluya fechas) _____

Fecha del último Examen Físico: _____

Qué medicamentos está tomando? Aspirina/Tylenol Pastillas para el Dolor Insulina Relajantes Musculares

Tranquilizantes Pastillas Anticonceptivas Otros: _____

Usando los símbolos de abajo, marca en las fotos donde y como siente el dolor o molestia



Marque el nivel de dolor, 0 significa no dolor y 10 significa severo. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Revise todas y cada una cobertura de seguro que puede ser aplicable en este caso.

- Seguro a través de usted Padre/Madre Encargado Pareja/esposa/esposo

SI ASEGURADO POR OTRO PERSONA NECESITAMOS LOS DATOS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social#: ***-**-_____

Ocupación: _____ Empleador: _____

- Compensación a los Trabajadores Fecha: _____ Medicaid Medicare Efectivo Otro _____

Nombre del seguro Primario. _____

Nombre del seguro Secundario. _____

Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a Steven R Davis DC. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria a cualquier persona que necesite comunicarse con para asegurar el pago de los beneficios. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que todos los servicios dados a mi están cobrados directamente a mí, y yo soy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspendo o cancelo mi cuidado y tratamiento, los servicios profesionales dados a mi serán inmediatamente debidos y pagados. Ley del Estado de California requiere que mantengamos sus radiografías. Las placas en sí es propiedad de esta oficina. Las placas se pueden prestar a otro centro, con sólo la autorización.

Firma: _____

Fecha: _____

- Paciente Padre/Madre Guardian Legal

Nombre: _____

Fecha: _____

ACTIVIDADES DE LA VIDA

Por favor identifique como su condición actual está afectando su capacidad para llevar a cabo actividades que son parte de su vida rutinaria:

ACTIVIDADES:

EFECTO:

Cargar niños/el mandado	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Sentar a pararse	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Subir escaleras	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Cuidando su mascota	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Extendido uso de computadora	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Levantar niños/el mandado	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Leer/concentrase	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Cambiándose de ropa	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Rasurar	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Actividades sexuales	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Dormir	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Sentado por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Parado por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Caminar	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Lavando/bañarse	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Barrer/Espirar	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Lavando los trastes	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Lavando ropa	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Sacar la basura	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Manejando	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No Efecto	<input type="checkbox"/> Dolor (puede hacerlo)	<input type="checkbox"/> Dolor (limites)	<input type="checkbox"/> No Puede

Lista de medicinas recetadas y medicinas sin receta: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor lea cuidadosamente

Instrucciones: Por favor circule el número que mejor identifica con la pregunta echa.

Nota: Si tiene más de un dolor, por favor conteste cada pregunta y por cada dolor que tenga indique a que gravedad esta su dolor. A como esta su dolor ahorita, su dolor a promedio, y su dolor cuando está mejor y cuando esta intolerable.

Ejemplo:

	<i>Dolor de Cabeza</i>			<i>Dolor de Cuello</i>			<i>Dolor de la Rabadilla</i>				
No hay dolor posible	_____										peor dolor
	0	①	2	3	④	5	6	7	⑧	9	10

1 – Cual es su dolor es este momento?

No hay dolor posible	_____										peor dolor
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2 – Cual es su dolor típicamente?

No hay dolor posible	_____										peor dolor
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3 – Cual es el nivel de su dolor en su mejor momento?

No hay dolor posible	_____										peor dolor
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4 – Cual es el nivel de su dolor en su peor momento?

No hay dolor posible	_____										peor dolor
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

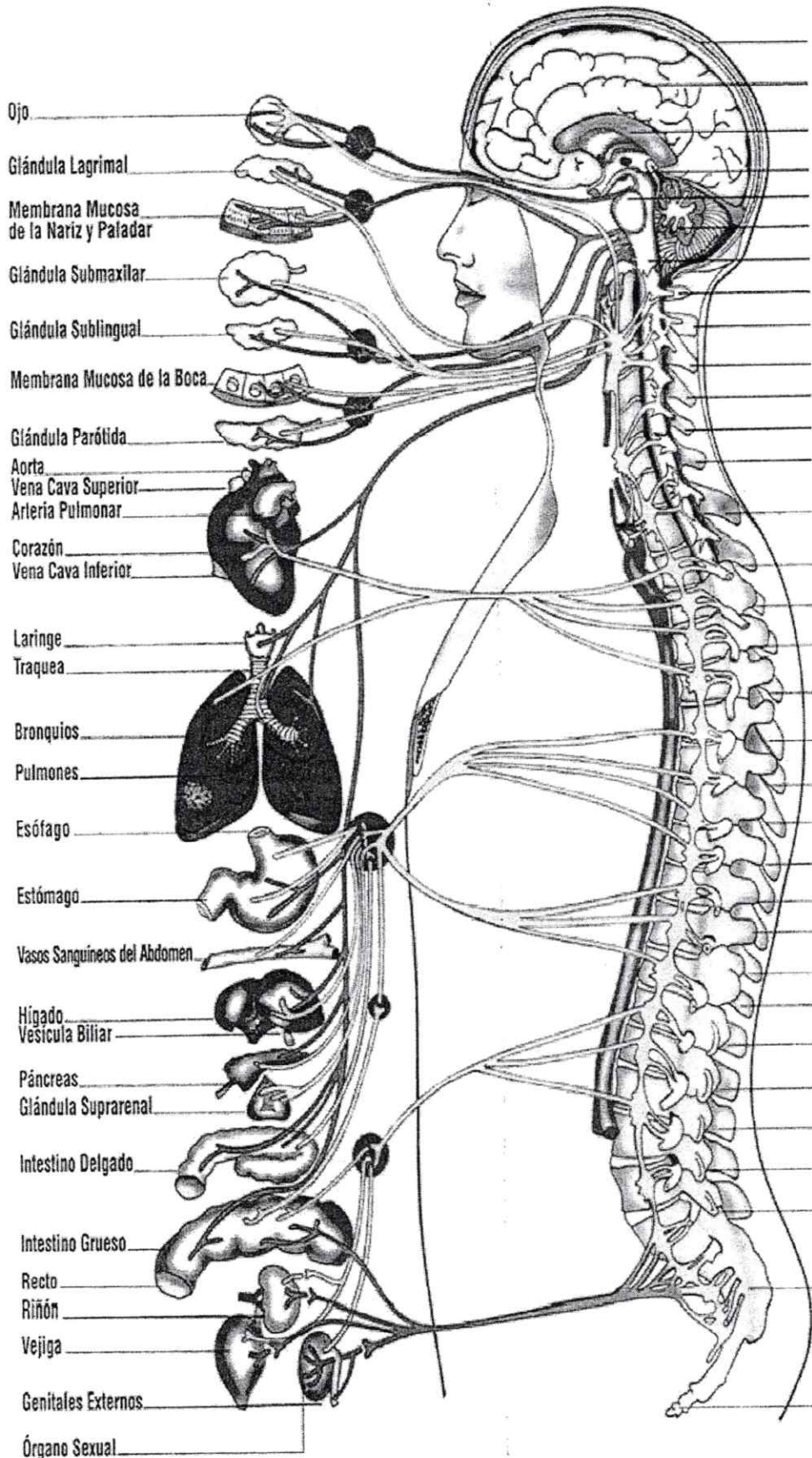
OTROS COMENDATIOS: _____

Examinador _____

Tomado de la columna vertebral, 18, Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow SF, dolor de espalda en la atención primaria, 855-862, 1993, con permiso de Elsevier Science.

Nombre: _____ Fecha: _____

MARQUE SI A TENIDO ESTOS SINTOMAS "MARQUE TODOS LO QUE APLIQUE"



- Dolor de Cuello
- Dolor de Hombros
- Dolor de Cabeza o Migraña
- Dolor detrás de los Ojos/Borrosidad
- Tensión o Debilidad de Hombro/Brazo/Mano
- Entumecimiento de Hombros/Brazo/Mano
- Manos frías
- Presión alta
- Nervios
- Cansancio
- Mareos
- Infecciones del Oído
- Presión Sinusitis / Alergias
- Zumbido de oídos
- Dolor o Infecciones de Garganta
- Insomnio
- Pérdida de memoria
- Incapacidad para concentrarse

- Dolor de Media Espalda
- Dolor en las Costilla
- Dolor en el Pecho
- Problemas Respiratorios
- Palpitaciones del Corazón
- Bronquitis Recurrente
- Asma
- Estreñimiento / Diarrea
- Gas Excesivo / Hinchado el Estómago
- Dolor de Estómago/ Abdominal o Calambres
- Indigestión / Ardor de Corazón
- Reflujo ácido
- Calambres Menstruales Excesivos

- Dolor de baja Espalda
- Dolor Pélvico
- Dolor de la Cadera
- Dolor de Ciático Pierna/Rodilla/Pie
- Circulación deficiente de las Piernas
- Pies Fríos
- Hernias
- Orinar excesivo o frecuente
- Problemas de Postración
- Infecciones Urinarias
- Impotencia / Infertilidad

- Dolor al Final de la Columna al Sentarse
- Dolor o Entumecimiento de Glúteos
- Problemas con los Rectos
- Hemorroides
- Curvaturas Espinales / Escolosis