



Solicitud De Cuidado Quiropráctico

¿A quién le podemos agradecer el referido? _____

Record: _____

Fecha: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha Nac. ___-___-___ Edad: ____ Hombre Mujer

Dirección: _____ Pueblo: _____, P.R. 00 _____

E-mail: _____ Tel. Casa _____ Cel. _____ Trab. _____

Tiene plan médico No Si, ¿Cuál? _____

Ocupación: _____ Trabaja en: _____ Tel. _____

Status: Casado Soltero Divorciado Nombre de Esposo(a) _____

¿Cuántos hijos tiene? ¿Edades? _____

En caso de emergencia, (nombre y #tel.) _____ Tel. _____

Relación con paciente: _____

Razón Para Buscar Ayuda Quiropráctica

Por favor, identifique la condición que lo trajo a nuestra oficina: Primario _____

Secundario _____ Tercera _____

En una escala de 0 a 10, siendo 10 de mayor dolor y 0 ningún dolor. Circule su condición en la escala.

Primario : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Secundario : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tercero : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

¿Cuándo comenzó su problema? _____ ¿Cuándo es peor? AM PM Mediodía PM Noche

¿Cuánto dura? Es constante Va y viene durante el día Va y viene a lo largo de la semana

¿Cómo se produjo la lesión? _____

¿Ha sido la condición tratada por alguien en el pasado? No Yes, ¿Cuándo? _____ ¿Por quién? _____

¿Cuánto tiempo estuvo bajo cuidado? _____ ¿Cuáles fueron sus resultados? _____

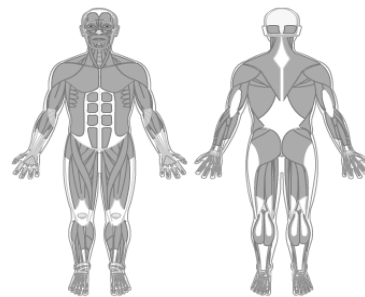
Nombre del quiropráctico anterior _____ No aplica

POR FAVOR MARQUE las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas.

I - Irradia Q - Quemazón D - Dolor A - Adormecimiento H - Hormigueo P - Punzante

¿Qué alivia sus síntomas? _____

¿Qué empeora el problema? _____



¿Es su problema el resultado de algún accidente? Sí No

Identifique alguna otra lesión a su columna vertebral, que la doctora debería saber. _____

Historial

¿Ha sufrido alguno de éstos problemas en el pasado? No Sí, Si afirmó, ¿Cuántas veces? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

Otras formas de tratamiento utilizados: No Sí ¿Cuál fué el tratamiento? _____

¿Quién lo ofreció? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? Favorables No Favorables

Por favor explique: _____

Por favor identifique cualquier y todo tipo de trabajos que ha tenido en su pasado que lo ha expuesto a stress físico:

Si usted ha sido diagnosticado(a) con cualquiera de éstas condiciones, por favor indique con una **P** si es de su **pasado**, **A** si es **actualmente** o **N** si **nunca** lo han diagnosticado.

___ Dislocación ___ Tumores ___ Artritis reumatoide ___ Fractura ___ Discapacidad ___ Cáncer

___ Ataque al corazón ___ Osteoartritis ___ Diabetes ___ cerebral vascular ___ Otras condiciones (Cual(es)?)

Por Favor, identifique los problemas del pasado y/o los problemas del presente dentro las siguientes categorías:

Lesiones- _____

¿Cuándo sucedió? _____

Tipo de cuidado recibido _____

¿Por quién? _____

Cirugías- _____

¿Cuándo sucedió? _____

Tipo de cuidado recibido _____

¿Por quién? _____

Enfermedades en la infancia- _____

¿Cuándo sucedió? _____

Tipo de cuidado recibido _____

¿Por quién? _____

Enfermedades en la adultez- _____

¿Cuándo sucedió? _____

Tipo de cuidado recibido _____

¿Por quién? _____

HISTORIAL SOCIAL

- | | |
|--|--|
| 1. Fuma: <input type="checkbox"/> cigarrillos <input type="checkbox"/> cigarros <input type="checkbox"/> pipa | Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca |
| 2. Bebida alcohólicas: | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca |
| 3. Droga recreacional: | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca |

HISTORIAL FAMILIAR

- ¿Hay alguien de tu familia que sufre de la misma condición(es)? No Sí
Si afirmó, ¿quién? Abuela Abuelo Madre Padre Hermanos Hijo Hija
¿Han sido tratados para su condición? Sí No No sé
- ¿Alguna otra condición hereditaria que la doctora debería saber? No Sí: _____

Actividades del Diario Vivir: Efectos de Condiciones Actuales en Desempeño

Por favor identifique como su condición actual afecta la habilidad de llevar a cabo actividades que son parte de tu rutina diaria.

Doblarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Concentrarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Trabajar en computadora	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Jardinería	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Deportes	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Dormir	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Ver televisión	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Cargar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Bailar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Levantar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Empujar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Rodar (en la cama)	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Sentado	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Parado	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Trabajando	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Subiendo	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Hacer tareas (hogar)	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Guiar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Actividad Sexual	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Leer	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Correr	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Levantarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer
Caminar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Lo hace con dolor	<input type="checkbox"/> Dolor lo limita	<input type="checkbox"/> No lo puede hacer

POR FAVOR MARQUE – P para Pasado, A para Actualmente y N para Nunca

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazada (Ahora) | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Problemas en la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes | <input type="checkbox"/> Perdida de Balance | <input type="checkbox"/> Impotencia/Difusión eréctil | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Dolor mandíbula | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> IBS / Chron's d. / Úlcera estom. | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor en hombro(s) | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Visión Doble | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda alta | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda media | <input type="checkbox"/> Tos con dolor | <input type="checkbox"/> Zumbido oídos | <input type="checkbox"/> Menopausia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda baja | <input type="checkbox"/> Problemas de pie o rodillas | <input type="checkbox"/> Pérdida audición | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales | <input type="checkbox"/> Falta de energía |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la cadera | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Problemas en los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Dolor manos o pies | <input type="checkbox"/> Articulaciones dolorosas | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama | <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Problemas en la piel | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas Vesicular Biliar |
| <input type="checkbox"/> Entumecido / hormigueo brazos, manos, dedos | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Entumecido las piernas / hormigueo en los pies | <input type="checkbox"/> Alergias nasales | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | | |

Enumere los medicamentos recetados y no recetados que usted consume (incluyendo suplementos):

Expectativas

¿Qué expectativa(s) o meta(s) de salud tiene al llegar a Revive Quiropráctica?

Objetivo de Revive Quiropráctica

Le ayudamos a maximizar la capacidad que tiene su cuerpo de crear salud óptima. Nuestra meta principal es llegar a la raíz del problema que le trajo a ésta oficina. En adición, es parte de nuestra visión ofrecerle la oportunidad de continuar creando salud y bienestar en el futuro.

Certifico que toda la información que se presenta en este documento está completa y es enteramente cierta.

Firma _____ Fecha _____

PERFIL INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

¿Cuándo fué su accidente de carro más reciente? _____

- ¿A qué velocidad fue el accidente? _____
- Tipo de impacto: Delantero De lado Trasero
- ¿Recibió tratamiento? Describa _____
- ¿Ha estado presente en otros accidentes de carro en el pasado? ¿En cuántos? _____

¿Cuándo fué su más reciente tensión /estrés en el trabajo? _____

- ¿Resultó en alguna lesión? _____
- ¿Recibió tratamiento? Describa _____
- ¿Su trabajo requiere que este en posiciones estresantes por largos periodos de tiempo? Sí No

¿Ha tenido lesiones en la columna vertebral en el pasado? _____

Actividades de contacto físico, movimientos repetitivos en los deportes: balompié, tenis, lucha libre, baloncesto, pelota, soccer, golf, correr, etc. Otros. _____

Trauma físico en la niñez: ej. Caídas de cabeza, golpe a la cabeza, caída de espaldas, caída al coxis, accidente(s) en bicicleta/patines _____

Trabajos en la casa: levantando peso, arrodillarse, se levanta con el cuello teso, la espalda no te deja hacer nada _____



Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de tratamiento, Pago u Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud.

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente de la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder ofrecerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestras oficinas.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, **Revive Quiropráctica** le ha hecho entrega de la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Por favor revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y está de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha el espacio que se le indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que **Revive Quiropráctica** use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, **Revive Quiropráctica** no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo si **Revive Quiropráctica** aceptara las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestras oficinas en quiroprácticas deberá cumplirlas.

Con la firma en este consentimiento usted autoriza a que **Revive Quiropráctica**, sus empleados (de acuerdo a la ley federal HIPAA incluye además de los empleado(a) s, las personas que realizan trabajo voluntario para la oficina medica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pagos, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto **Revive Quiropráctica** sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.



De usted necesitar o interesar examinar en más detalles nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina o comunicándose con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma. Por favor observe que **Revive Quiropráctica** se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y practica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma.

Yo, _____, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo.

Nombre del Paciente

(En letra de molde)

Firma del Paciente

Nombre del Representante Personal

(En letra de molde)

Firma del Representante

Relación con el Paciente

Fecha