

REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del Paciente _____
Apellido

_____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (_____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Fecha

 Relación con el paciente

3

NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (_____) _____ Teléfono del Hogar (_____) _____

Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

4

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No fecha _____

Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?
 Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro

Nombre del abogado (si corresponde) _____

5

ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

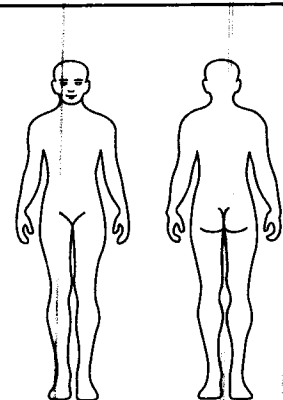
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante
 Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su trabajo sueño rutina diaria recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar Sentarse Pararse Caminar Inclinarsse Acostarse





HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Applejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EJERCICIO

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
- Permanecer parado
- Trabajo liviano
- Trabajo intenso

HÁBITOS

- Fumar
- Alcohol
- Café/bebidas con cafeína
- Alto nivel de estrés

Paquetes por día _____
 Tragos por semana _____
 Tazas por día _____
 Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas

Descripción

Fecha

Caídas _____

Lesiones en la cabeza _____

Huesos quebrados _____

Dislocamientos _____

Cirugías _____



MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (_____) _____

