

Formulario Confidencial

Por favor, permita que nuestro equipo saque copia de su documento de identidad y tarjeta de seguridad. Toda la información que usted aporta es confidencial. Cumplimos con todas las leyes y reglas de privacidad. Favor de utilizar **TINTA** negra o azul.

Motivo de su visita (Marque solo una)

- Accidente o lesión de: Trabajo Auto Otro: _____
 Empeoramiento de un problema antiguo
 Interés por: Salud y prevención Otro: _____ Reclamo #: _____

Fecha de hoy (mm/dd/aa) _____ Fecha del accidente (si corresponde al caso) _____ ¿Quién le refirió/Cómo se enteró de nosotros? _____

No Yes

¿Has recibido terapia física, acupuntura, naturopatía o quiropráctica? Si es así, ¿cuando? _____ ¿Fecha de su última visita? _____

Su nombre y apellidos _____ Nombre Preferido _____ Masculino Femenino
 Género
 Numero de seguridad social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
 Estado Civil

Dirección _____ Teléfono de casa _____ Nombre de Esposo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Celular _____ Nombre de hijo/ Edad _____

Correo electrónico _____ Nombre de hijo/ Edad _____

Contacto de Emergencia _____ Nombre de hijo/ Edad _____

Ocupación _____ Su empleador _____

Dirección Del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Médico de Familia/Especialista (si es aplicable)

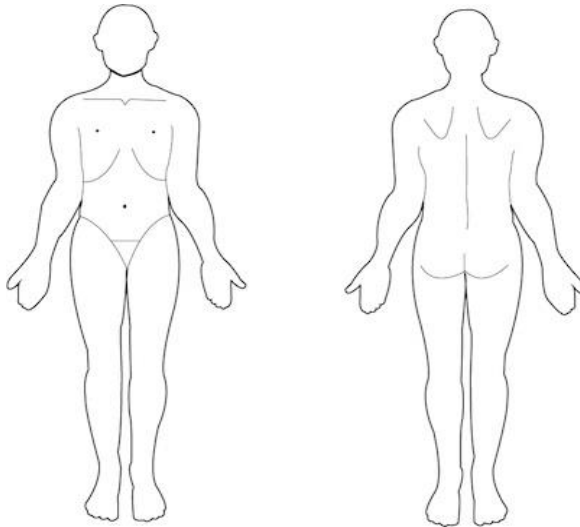
Nombre del Doctor _____ Clínica _____ Teléfono _____ Fax _____

Nombre del Doctor _____ Clínica _____ Teléfono _____ Fax _____



1. Indique sus dolencias

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____



Nombre del Paciente _____

2. Ubicación (Dónde duele)

- Marque las partes donde hay síntomas.

3. ¿Ha recibido una evaluación y/o tratamiento por sus quejas actuales?

Sí No Si la respuesta es sí, explique:

- Fecha: _____ Nombre del doctor o terapeuta: _____
 ¿Exámenes Realizados? Si No ¿Cuáles?: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento/recomendaciones: _____
 ¿Resultados del tratamiento?: _____
- Fecha: _____ Nombre del doctor o terapeuta: _____
 ¿Exámenes Realizados? Si No ¿Cuáles?: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento/recomendaciones: _____
 ¿Resultados del tratamiento?: _____

Examination Note

4. ¿Ha tenido los síntomas actuales en el pasado?			ONo OSÍ Si es así, describe:	
Año	Causa	¿Pruebas diagnósticas?	¿Se resolvió completamente?	
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

5. Indique cualquier prueba diagnóstica que ha hecho en el último año: **ONinguno**

6. Activities of Daily Living (ADL) ¿Cómo afecta su condición actual a su vida y la habilidad de funcionar?

	No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afecta Severo		No Afecta	Afecta Poco	Afecta Moderado	Afecta Severo
Estar sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ir de compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantarse de la silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hacer deberes de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Levantar objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alzar los brazos por encima de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ducharse o bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrar/salir del auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quedarse dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conducir el auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirar por el hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabajar en el jardín/"yard"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar a la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ejercicio/Ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deberes de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Doctor's Initials _____



Historia personal, familiar y social

Por favor explique su historial médico, incluya accidentes, lesiones, enfermedades y tratamientos. Por favor, llene cada sección completamente.

7. ¿Ha sido hospitalizado o tenido una cirugía? ○ Sí ○ No si la respuesta es sí, describa:			
Año	Razón	Tratamiento	Resultados

8. ¿Ha tenido un trauma o accidente? (Accidente de auto, lesión en el trabajo, de un deporte, fracturas) ○ Sí ○ No si la respuesta es sí, describa:			
Año	Razón	Tratamiento	Resultados

9. ¿Toma algún medicamento? (Incluso sin receta - ej:Tylonol) ○ Sí ○ No Si la respuesta es sí, describa:				
Nombre	Razón	x/día	Dosis	¿Cuánto tiempo?

10. ¿Tiene ud. alergias? ○ Sí ○ No Si la respuesta es sí, describa	

11. Historia Familiar

Algunos problemas de salud son hereditarios. ¿Hay algún historial de enfermedad (cáncer, artritis, enfermedades del corazón, depresión, diabetes, etc.) en su familia inmediata?

	Pariente	Edad (si está vivo)	Estado de Salud		Enfermedad	Edad cuando murió	Causa de fallecimiento	
			Bueno	Malo			Natural	Enfermedad
FAMILIA	Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana 1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana 2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermano 1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermano 2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	otro	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Hay otros problemas hereditarios de salud que debe saber el doctor? _____

12. Historia Social/Ocupacional

SOCIAL	¿Cuál es su ocupación? _____	
	¿Duerme bien en la noche? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Ronca fuertemente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Tiene problemas para conciliar el sueño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuántas horas duerme en la noche? <input type="radio"/> < 6h <input type="radio"/> 6-8h <input type="radio"/> > 8h
	¿Se despierta frecuentemente por la noche? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Su postura preferida para dormir? <input type="radio"/> Boca arriba <input type="radio"/> Boca abajo <input type="radio"/> De lado
	¿Rechina los dientes por la noche (bruxismo)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Califica su nivel de fatiga (0-10) _____
	¿Cuántos años tiene su colchón? _____	
	¿Con qué frecuencia hace ejercicio? <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Ocasionalmente (<1x/semana) <input type="radio"/> Frecuentemente (2-3x/semana) <input type="radio"/> Diario	
¿Cuánta agua bebe?: <input type="radio"/> <33oz(1l) <input type="radio"/> 33-50oz (1-1.5l) <input type="radio"/> >50oz(1.5L)		
SOCIAL	Bebidas alcohólicas <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	Cafeína <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	Tabaco <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <½ cajetilla/día <input type="radio"/> >½ cajetilla/día <input type="radio"/> >1 cajetilla/día	
	Gaseosas (como CocaCola) <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <1/día <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> 6-10/semana <input type="radio"/> >10/semana	
	¿Toma vitaminas/suplementos? <input type="radio"/> No toma <input type="radio"/> Glucosamina <input type="radio"/> Condroitina <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multi-Vitamina <input type="radio"/> FishOils <input type="radio"/> Pro-bioticos <input type="radio"/> Magnesio	
	<input type="radio"/> "Greens" <input type="radio"/> Complejo B <input type="radio"/> Vitamina C <input type="radio"/> Vitamina D <input type="radio"/> Vitamina E Otros: _____	
	Describe sus hábitos alimenticios: <input type="radio"/> No desayunar <input type="radio"/> Dos comidas por día <input type="radio"/> Tres comidas por día <input type="radio"/> Picar entre comidas	
	Intolerancias/restricciones dietéticas: _____	
	¿Qué es su nivel de estrés? (0-10): _____	¿Cuáles son las causas principales de estrés? <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Economía <input type="radio"/> Familia/hijos
	Hobbies: _____	Doctor's Initials _____



13. Revisión de sistemas

Nuestro cuidado se centra en la integridad de su sistema nervioso que controla y regula todo el cuerpo. Por favor, marque el círculo al lado de cualquier condición que usted ha tenido o tiene actualmente :

a. HEENT	b. Piel	c. Respiratorio	d. Neurológico	e. Digestivo	f. Endocrino	g. Genito-urinario
<input type="radio"/> Vista borrosa	<input type="radio"/> La piel seca	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/> Ulcera	<input type="radio"/> Tiroides	<input type="radio"/> Cálculos (Riñones)
<input type="radio"/> Manchas en la vista	<input type="radio"/> Psoriasis	<input type="radio"/> Apnea	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/> Hipoglucemia	<input type="radio"/> Prostatitis
<input type="radio"/> Sordera	<input type="radio"/> Eczema	<input type="radio"/> Dificultad de respirar	<input type="radio"/> Hormigueos	<input type="radio"/> Sensibilidad alimenticia	<input type="radio"/> Problemas inmunológicos	<input type="radio"/> Disfunción eréctil
<input type="radio"/> Tinitus	<input type="radio"/> Acné	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> Mareos	<input type="radio"/> Reflujo gástrico	<input type="radio"/> Baja energía	<input type="radio"/> Mojar la cama
<input type="radio"/> Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Pérdida de pelo	<input type="radio"/> Obstrucción crónica de los pulmones	<input type="radio"/> Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Estreñimiento	<input type="radio"/> Glándulas hinchadas	<input type="radio"/> Síndrome premenstrual
<input type="radio"/> Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Ronchas	<input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> Adormecimiento	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Infecciones frecuentes	<input type="radio"/> Infertilidad
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Melanoma	<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Esclerosis Múltiple	<input type="radio"/> Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/> Quistes de los ovarios	<input type="radio"/> Infecciones urinarias
<input type="radio"/> Infecciones del oído	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Síndrome de intestino irritable	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Candidiasis
<input type="radio"/> Sinusitis		<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Fibromialgia	<input type="radio"/> Colitis	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Papanicolaou anormal
<input type="radio"/> Pólipos de la nariz			<input type="radio"/> Dolor crónico	<input type="radio"/> Celiaco	<input type="radio"/> Bocio	<input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="radio"/> Infección de la garganta			<input type="radio"/> Trastornos del estado de ánimo	<input type="radio"/> Diverticulitis/osis	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno
<input type="radio"/> Mononucleosis			<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Gases/Empachado		
<input type="radio"/> Ninguno				<input type="radio"/> Problemas de la vesícula biliar		
				<input type="radio"/> Ninguno		

h. Constitucional	i. Cardiovascular	j. General
<input type="radio"/> Desmayos	<input type="radio"/> Angina	<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Bajo Libido	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Epilepsia
<input type="radio"/> Bajo Apetito	<input type="radio"/> Presión alta	<input type="radio"/> SIDA
<input type="radio"/> Dificultad de perder peso	<input type="radio"/> Presión baja	<input type="radio"/> Adicción a alcohol o drogas
<input type="radio"/> Debilidad	<input type="radio"/> Salen moretones fácilmente	<input type="radio"/> Gota
<input type="radio"/> Cambio de peso repentino	<input type="radio"/> Mala circulación	<input type="radio"/> Polio
<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Derrame cerebral	<input type="radio"/> Fiebre Reumática
<input type="radio"/> Escalofríos	<input type="radio"/> Soplo cardiaco	<input type="radio"/> Escarlatina
<input type="radio"/> Transpiración nocturna	<input type="radio"/> Arritmia	<input type="radio"/> Tifoidea
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Enfermedad cardiovascular	<input type="radio"/> Malaria
	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Goteo Posnasal
		<input type="radio"/> Otro:
		<input type="radio"/> Otro:
		<input type="radio"/> Otro:

15. ¿Qué es lo más importante que usted puede hacer para mejorar su salud? _____

.....

Para uso de la oficina



*(Continuación de la página anterior)***Reconocimiento**

Para establecer expectativas claras, mejorar las comunicaciones y ayudarle a obtener los mejores resultados en el menor tiempo posible, por favor lea cada frase y firmar el consentimiento.

Consentimiento

A través del presente solicito y doy consentimiento para la realización de procedimientos, que pueden incluir, pero no es limitada, a los diversos modos de fisioterapia, masaje, radiografías y/o ajustes quiroprácticos mi persona por el médico nombrado a continuación y/o médicos con licencia que ahora o en el futuro me tratan mientras estén empleados o asociados con Vida Integrated Health, incluidos los que trabajan en el centro o la oficina que se indica a continuación o cualquier otra oficina o centro.

He tenido la oportunidad de discutir con el médico nombrado a continuación y/o con otros miembros del equipo de la oficina o la clínica sobre el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos.

Entiendo, y estoy informado de que en la medicina, y en la aplicación de la quiropráctica, existen algunos riesgos incluyendo, pero no limitándose a, las fracturas, lesiones de disco, derrames, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y quiero confiar en el juicio del médico durante el curso del tratamiento que al doctor estima, basado en los hechos conocidos, es en mi mejor interés.

He leído, o se me ha leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y estoy de acuerdo con el procedimiento mencionado. Mi intención es de que éste consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura.

Para el Paciente

Nombre del paciente _____ Firma del Paciente _____

Fecha de la firma ____/____/____

Para el Representante del paciente si el paciente es un menor o esta discapacitado

Nombre del representante _____ Firma del representante _____

Fecha de la firma ____/____/____



(Continuación de la página anterior)

Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad

Entiendo que, en virtud del “HealthInsurancePortability&AccountabilityAct of 1996” (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en ese tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo los procedimientos normales de la salud tales y como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entendido su “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad” que contiene una descripción más completa de los usos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada de lo mismo.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite como es que mi información privada es usada o revelada, para llevar a cabo tratamiento, colección de pago o atención médica. Además, entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, sin embargo, si usted está de acuerdo entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Nombre del Paciente _____

Nombre del representante _____

Firma _____

Fecha ___/___/___

Uso de Oficina

He tratado de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este “Aviso y reconocimiento de protocolos de privacidad”, pero no pude hacerlo, como se describe a continuación:

Fecha:

Iniciales:

Razón:



Notice of Privacy Practice

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros de cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o por vía oral, se mantenga adecuadamente confidencial. Esta ley le da al paciente derechos importantes para comprender y controlar cómo su información de salud es usada. "HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que utiliza de manera no legal su información de salud personal.

Según los requisitos de "HIPAA", hemos preparado esta explicación de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y revelar su historia clínica para cada uno de los fines siguientes: tratamiento, obtener pago y atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Un ejemplo de esto sería incluir un examen físico.
- El pago se refiere a actividades tales como la obtención de reembolso de los servicios, lo que confirma las actividades de cobertura, facturación o colección y análisis de utilización. Un ejemplo de esto podría ser el envío de un proyecto de ley para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Los procedimientos atención médica incluyen los aspectos del negocio de la ejecución de nuestra praxis, tales como la realización de la evaluación de calidad y actividades de mejora, las funciones de auditoría, análisis de costes y de gestión, y servicio al cliente. Un ejemplo podría ser un examen de evaluación de calidad interno.

Además podemos crear y distribuir información no identificable de la salud mediante la eliminación de todas las referencias a la información personal identificable.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud y servicios que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación se hará únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y respetar esa solicitud por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas las relacionadas con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a concordar con las restricciones solicitadas.
- El derecho de solicitar de manera razonable comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida.
- El derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso.

Patient Copy

