

Formulario de Queja Principal del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Cuál es su molestia primaria hoy? _____

El Comienzo del Dolor

¿Qué estaba haciendo cuando pasó? _____

¿Fue **de repente** o **gradual**? **O** es parte de un problema que ya tenía? **NO SI**

Provocado

¿Qué hace que el dolor empeore? _____

¿Qué hace que el dolor mejore? _____

¿El moverse causa dolor? **NO SI**

¿Poner presión sobre el lugar causa dolor? **NO SI**

La Clase del Dolor (Circule los que aplican)

Es su dolor:

Agudo Tedioso Aplastante Ardiente Desgarrante Punzante Tieso Adolorido

Es su dolor: **Constante o Intermittente**

Region/Radiante

¿Dónde está su dolor? _____

¿Irradia a otras partes o áreas? _____

Severidad (Circule el nivel del dolor)

Leve			Moderado				Severo		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tiempo

¿Por cuánto tiempo ha estado sucediendo esto? _____

¿Ha cambiado su dolor (mejor, igual o peor) desde que empezó? _____

¿Fue involucrado en un accidente? (Automovilístico, Caída, en el trabajo, etc?) _____

Firma de Paciente

Fecha

Formulario de Admisión de Pacientes

Fecha: _____

Nombre _____ Medio inicial _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____
Edad _____
Dirección _____ # apt: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____
SS#: _____ Estado Civil: Casado, Divorciado, Viudo **Cónyuge:** _____
Lengua: Español _____ Otro: _____
Raza/Etnicidad: _____ Negarse a Contestar: _____

Información del contacto

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____
Teléfono Celular: _____ Compañía de Celular: _____
Correo electrónico de casa: _____
Correo electrónico de trabajo: _____
Preferencia de contacto: Teléfono de casa, trabajo celular
Preferencia de contacto: Correo electrónico de casa de trabajo
Contacto de Emergencia: _____ # de teléfono: _____
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____ # de teléfono: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad Calle Estado Código Postal

Información de Aseguranza: (haremos una copia de su tarjeta de aseguranza sin embargo, por favor de llenar la información abajo):

¿Es usted el titular de la póliza? **Si o No, si no, quien es?**
__ Cónyuge Padres __ Empleador __ Otro

Círculo si tiene alguno de los siguientes problemas:

Musculoesquelético:

Dolor de cuello/rigidez Entumecimiento/dolor de la mano Dolor en el pecho
Dolor de espalda media Dolor en la parte superior del brazo Dolor de hombro
Artritis Quema de espalda loca Dolor en la parte media de la espalda
Dolor de espalda Calambres Dolor de rodilla Lumbalgia Tobillos débiles
Ciática Dolor de pierna Dolor de comida Debilidad en las piernas
Fascitis plantar Espuelas en el talón Dolor de cadera Curvatura espinal Dolor en el
coxis

Historia del Caso/Revisión de sistemas continuado...

Neurológicos:

Dolores de cabeza Entumecimiento Hormigueo Problemas de equilibrio
Cualquier cambio a la vista Cualquier cambio en el olor Vértigo
Cualquier cambio en el gusto Cualquier cambio en la audición
Convulsiones Agujas Dolor radiante Visión borrosa Dificultades de visión

Por favor enumere cualquier información adicional
aquí: _____

Imprimir nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente: _____

Consentimientos

Consentimiento para Facturar/Cobrar el seguro: Doy mi consentimiento, si estoy usando un tercero para el pago de mis servicios (seguro médico, seguro de accidentes automovilísticos, padre/tutor, etc.), para permitir que Brookwood Chiropractic envíe toda la información necesaria para recibir el pago por los servicios que recibí de estos terceros. Además, doy mi consentimiento para permitir que Brookwood Chiropractic recupere los beneficios de mi seguro. Si mi caso es un accidente automovilístico, esto incluiría los montos de la cobertura del accidente, así como la cobertura de medpay/UIM y/o cheques cancelados siempre que se haya realizado el pago. **Iniciales:** _____

Consentimiento para examen y tratamiento: Doy permiso al médico y al personal de Brookwood Chiropractic para realizar todos los exámenes, radiografías y tratamientos que se consideren necesarios. Entiendo que algunos de estos procedimientos pueden ser realizados por el personal o el médico. **Iniciales:** _____

Consentimiento para recuperar registros médicos: Doy permiso al médico y al personal de Brookwood Chiropractic para obtener cualquier registro médico de otros proveedores, consultorios y hospitales que puedan ayudar con la atención. **Iniciales:** _____

HIPPA: Se puede solicitar una copia de la Ley de privacidad de la información de salud. En resumen, establece que no daremos ninguna información sobre usted, excepto según lo consentido anteriormente. Las únicas personas a las que damos información son los padres/tutores (si es menor de edad) o quien sea responsable de su factura. (es decir, compañía de seguros, tercero o abogado, si tiene uno). Enumere a cualquier otra persona a la que le gustaría tener acceso a sus registros: _____

Exhibición pública de revisiones: entiendo que, si dejo una reseña para Brookwood Chiropractic, es posible que muestren esta reseña en línea en un foro público. Al firmar a continuación, autorizo a Brookwood Chiropractic a utilizar mi reseña en su marketing digital y en línea. **Iniciales:** _____

Consentimiento informado: El paciente ha sido informado y entiende que la práctica de la quiropráctica incluye el tratamiento mediante el ajuste de la manipulación de la parte del cuerpo del paciente, particularmente la columna vertebral. Los ajustes del cuerpo y la columna implican necesariamente la aplicación de presión, mediante el uso de técnicas de "manos a la obra" que requieren que el médico use las manos y el cuerpo para provocar el movimiento apropiado dentro del cuerpo del paciente. La manipulación es suave y no debe causar daño al paciente. Si en algún momento durante el examen o tratamiento se siente incómodo debido al contacto corporal que se produce, informe al médico de inmediato y avise con tiempo suficiente para permitir la modificación del plan de tratamiento según corresponda. **Iniciales:** _____

Paciente/Guardián(en letra de imprenta)

Fecha: _____

Exención de embarazo: Con mi firma a continuación, declaro que, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada ni se sospecha que estoy embarazada en este momento.

Paciente/Guardián(en letra de imprenta)

Paciente/Guardián (Firma)

Fecha: _____