

INFORMACIÓN DE TRABAJO:

El tipo de trabajo que usted realiza incluye: Oficina/clerical Trabajo liviano Trabajo moderado Trabajo pesado

¿Ha podido trabajar desde que se lastimó? Sí No

¿Cuántos horas/días trabaja normalmente? _____ horas _____ días

Mientras está recuperando, ¿existe algún trabajo liviano que podría solicitar? Sí No

Seleccione las tareas, actividades en las que a usted ocasionalmente se le pide que realice. Levantar cosas

Estar de pie Conducir un vehículo Trabajar con equipo Sentado Torcerse Brincar Trepar

Caminar Escribir a máquina con los brazos extendidos Gatear Halar Doblarse Agacharse

Otro: _____

Yo autorizo al doctor Gittens a examinarme incluidos los rayos-x indicados por el examen y a acceder mi expediente a cualquiera que yo designe. Además autorizo tratamientos que sean necesarios por los resultados y solicito que mis expedientes quiroprácticos se guarden bajo estricta confidencialidad y no se den a nadie sin mi consentimiento por escrito. Yo entiendo y soy totalmente responsable de todos los cargos que mi plan médico no pague.

Por su firma usted certifica la exactitud de su historial médico y de accidentes y certifica que usted se ha presentado al doctor Gittens para evaluación y/o tratamiento para una condición de salud.

Firma del paciente: _____ **Fecha** _____

CONFIRMACIÓN DE RAYOS-X: Esto es para confirmar que esta oficina me ha informado que los rayos-x pueden ser peligrosos para un niño no nacido. En estos momentos, a mi conocimiento, no me encuentro embarazada y yo consiento las fotos espinográficas.

Firmado: _____ **Fecha** _____

CONSENTIMIENTO PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR: Yo autorizo a esta oficina a que administren cuidado quiropráctico a mi niño según sea necesario.

Firmado: _____ **Fecha** _____

YO COMPRENDO estoy de acuerdo que las pólizas de salud y de accidentes son un acuerdo entre la compañía y yo. Además comprendo que esta oficina quiropráctica pueda preparar cualesquiera reportes y formularios que sean necesarios para ayudarme a cobrar de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada que se pague directamente a esta oficina quiropráctica será acreditada a mi cuenta al recibirlo. Sin embargo, yo comprendo perfectamente y concuerdo que todos servicios me presten sean facturados directamente a mí y seré responsable de pagarla. También entiendo que si interrumpo o termino mi cuidado y tratamiento pagaré cualquier cargo por servicios profesionales que me presten.

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del Padre of Encargado: _____ **Fecha** _____

Información tomado por: _____ **Fecha** _____

CLÍNICA QUIROPRÁCTICA GITTENS

NUEVO PACIENTE

PROCEDIMIENTOS PARA EL CUIDADO

PRIMERO:

Se requiere de todo nuevo paciente el llenar un cuestionario con su historial de salud.

SEGUNDO:

Una consulta con el doctor para hablar de sus problemas de salud y así determinar la causa.

TERCERO:

Un examen completo y evaluación; incluidas las pruebas necesarias para determinar la causa precisa de su problema.

CUARTO:

El doctor le informará si necesitará pruebas de laboratorio o rayos-x.

QUINTO:

Se le entregará un informe de resultados que analizará su problema y se discutirá con usted. Se le dará una explicación detallada de cómo trabaja la quiropráctica y cómo se obtienen los resultados. También se le informará de algunos procedimientos de oficina y si se le ha aceptado como paciente.

SEXTO:

Si se le acepta como paciente el tratamiento quiropráctico dará comienzo. El tipo de cuidado que necesite se le explicará. También se darán explicaciones de otros tipos de cuidado que ofrecemos en esta oficina.

SÉPTIMO:

Se le dará una idea del cuidado que necesitará en el futuro y de aceptarlo, se le comenzará y continuará hasta que el máximo grado de corrección haya sido obtenido.

OCTAVO:

Después de la corrección máxima, se le recomendará un plan de cuidado para ayudar a prevenir problemas futuros y mantener una buena salud.

EXPEDIENTE CONFIDENTIAL DE LA SALUD DEL PACIENTE

FECHA	# I.D.
-------	--------

HISTORIAL PERSONAL

Nombre completo: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M F
 # de Seguro Social: _____ Número Licencia de conducir: _____
 Seleccione uno: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado
 # telefónico del empleador: _____ Tipo de trabajo: _____
 Nombre de su cónyuge: _____ # Seguro Social de cónyuge: _____
 Empleo de su cónyuge: _____ Seguro Social de cónyuge: _____
 Tipo de trabajo: _____ # teléfono del empleo: _____
 Quién le habló de esta oficina: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____
 Contacto en caso de emergencia: _____
 Nombre y número del contacto de emergencia: _____ ¿Qué relación tiene con usted?: _____
 ¿Quién es responsable de su factura, usted y Cónyuge Worker's Comp. Seguro de auto Medicare Medicaid
 Plan Médico Personal (Nombre de) _____ # de tarjeta del plan médico _____

CONDICIONES ACTUALES DE SALUD

Razón por esta visita: _____
 Otros doctores que le hayan visto por dicha condición: Sí No ¿Quién? _____
 Tipo de tratamiento: _____ ¿Ha ocurrido anteriormente esta condición? Sí No
 ¿Es la condición relacionada con: (seleccione uno) el empleo accidente de auto herida en el hogar
 caída Otro: _____
 Fecha de accidente: _____ Hora del accidente: _____
 ¿Ha hecho un informe de su accidente con su empleador?: Sí No
 Medicamento que toma: Píldoras para los nervios Píldoras para el dolor/relajar músculos Medicina para la presión de sangre
 Insulina Otro: _____
 ¿Usa una plataforma para los zapatos? Sí No
 ¿Padece alguna otra condición aparte de la que usted nos está consultando? _____

CONDICIONES DE SALUD DEL PASADO

Sírvase seleccionar y describir:
 Intervenciones quirúrgicas: Apendicitis Amígdalas Vesícula Hernia Cirugía de espalda Huesos rotos
 Otro: _____
 Accidentes grandes o caídas: _____

 Hospitalizado (aparte de lo mencionado): _____

 Cuidado quiroprácticos previos: Ninguno Nombre del doctor y fecha aproximada de última visita _____

A continuación aparece una lista de enfermedades que, aunque parezcan no relacionadas con su cita, de todos modos se deben contestar cuidadosamente ya que estos problemas pueden afectar el cuidado quiropráctico en general.

SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE USTED HAYA TENIDO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> "Small Pox" | <input type="checkbox"/> "Pleurisy" |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Condición de corazón | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tiroide | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |

INTAKE

- Café
 Té
 Alcohol
 Cigarrillo
 Azúcar blanca

¿Se ha hecho la prueba del SIDA? Sí No ¿Toma vitaminas? Sí No ¿Regularmente? Sí No

SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE HA PADECIDO EN LOS PASADO 6 MESES:**CÓDIGO MUSCULAR ESQUELÉTICO**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda baja | <input type="checkbox"/> Gases/Inflamación después de comer |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre los hombros | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Excremento oscuro o con sangre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en coyunturas/tieso | CÓDIGO GENTIO-URINARIO |
| <input type="checkbox"/> Problemas al caminar | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga |
| <input type="checkbox"/> Dificultad masticando/mandíbula | <input type="checkbox"/> Dolores al orinar o constante |
| <input type="checkbox"/> Tieso | <input type="checkbox"/> Orina de colores extraños |

CÓDIGO SISTEMA NERVIOSO

- Nervioso
 Adormecimiento
 Paralysis
 Mareos
 Olvidadizo
 Confusión/depresión
 Desmayo
 Convulsiones
 Extremidades frías/hormigueo
 Estrés

CÓDIGO GENERAL

- Fatiga
 Alergia
 Pérdida de sueño
 Fiebre
 Dolores de cabeza

CÓDIGO GASTROINTESTINAL

- Apetito, poco or excesivo
 Sed excesiva
 Nauseas frecuentes
 Vómito
 Diarrea
 Estreñimiento
 Hemorroides
 Problemas del hígado
 Problemas de vesícula
 Problemas de peso
 Dolor abdominal

CÓDIGO C-V-R

- Dolor de pecho
 Fatigado
 Problemas de la presión sanguínea
 Palpitaciones irregulares
 Problemas del corazón
 Pulmones/Congestión
 Venas varicosas
 Hinchazón en los tobillos
 Apoplejía

CÓDIGO EENT

- Problemas de visión
 Problemas dentales
 Dolor de garganta
 Dolor de oídos
 Dificultad para escuchar
 Nariz tapada

HOMBRE/MUJER

- Irregularidad menstrual
 Dolores Menstruales
 Dolor vaginal / infección
 Dolor en los pechos / bultos
 Próstata / disfunción sexual

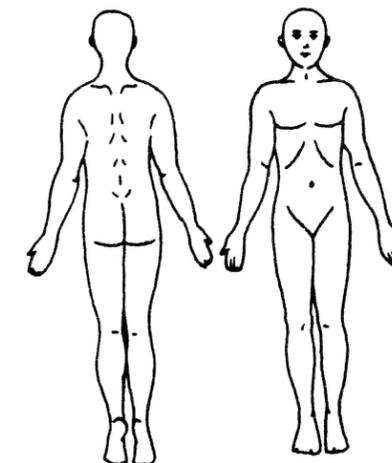
MUJERES SOLAMENTE:

¿Cúando fue su último ciclo menstrual?

¿Está embarazada?

Sí No No segura

¿Está amamantando? Sí No



Marque en el dibujo el área de su incomodidad

Historial Familiar

Sírvase indicar problemas de salud que tengan los siguientes familiares:

Madre: _____
 Padre: _____
 Hermano: _____
 Cónyuge: _____

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

CHIROPRACTIC ANALYSIS
 DIAGNOSIS:

Patient Accepted: Yes No Referred

 Doctor's Signature