

## Informacion del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: C / S / D / V

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios:** Firmo, transfiero y transfiere a esta oficina todos mis derechos, título e interés a mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro. Autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la oficina. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Autorizo al médico a revelar toda la información necesaria para comunicarse con médicos personales y otros proveedores y pagadores de atención médica y para asegurar el pago de beneficios. Esta autorización permanecerá vigente hasta que se me notifique por escrito revocando dicha autorización. Entiendo que soy responsable de todos los costos de atención, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspendo o cese mi terapia según lo determinado por mi médico, cualquier servicio profesional será inmediatamente debido y pagado

### Formulario de consentimiento para la terapia

1. Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para la atención médica y el tratamiento necesario para tratar mi condición física.
2. Reconozco, los riesgos de la atención recomendada y los riesgos de renunciar a esta atención han sido explicados y comprendidos por
3. Reconozco que la práctica de la terapia, han hecho o pueden hacerse garantías con respecto a la probabilidad de éxito o resultado de terapia.
4. También reconozco que el cuidado de la terapia puede involucrar el contacto de mi cuerpo con miembros del personal profesional de la Clínica y que puede ser necesario desnudar total o parcialmente para facilitar dicha atención, todo lo cual es expresamente consentido por mí.
5. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención terapéutica, cumplir con el plan de cuidado tal como está establecido y pagar los cargos de Clínica por tal cuidado al recibir la factura de la Clínica para tal cuidado.

El paciente entiende y acepta permitir que esta oficina utilice su Información sobre Patentes de Salud con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención. Le animamos a leer la Notificación de HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar el consentimiento.

***La oficina tiene permiso para discutir información de salud a lo siguiente: ESPOSO/A HIJO / HIJA MADRE PADRE***

***Listar nombres y otros:***

\_\_\_\_\_

He leído lo anterior y certifico que he tenido la oportunidad de discutir el contenido de la misma a mi satisfacción. Al firmar a continuación, estoy dando consentimiento a la atención de la terapia y la responsabilidad financiera como se describe anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma De Guardian \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Personal del la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia de la lesion

**Queja Principal:** \_\_\_\_\_ Cuando empezó : \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Es?  agudo  ardiente  hormigueo  palpitante  entumecimiento  apuñalamiento  Otro \_\_\_\_\_

Que pudo haber causado esto? \_\_\_\_\_ Escala de Severidad (circule uno a continuación 1-10)

Fue el inicio?  gradual  súbita  Otro: \_\_\_\_\_ Nivel 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

Que lo hace peor? \_\_\_\_\_ Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento previo? \_\_\_\_\_ Ha tendido esto antes?  Sí  No \_\_\_\_\_

Que interfiere con esta queja ? \_\_\_\_\_

**2<sup>nd</sup> Queja :** \_\_\_\_\_ Cuando empezó : \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Es?  agudo  ardiente  hormigueo  palpitante  entumecimiento  apuñalamiento  Otro \_\_\_\_\_

Que pudo haber causado esto? \_\_\_\_\_ Escala de Severidad (circule uno a continuación 1-10)

Fue el inicio?  gradual  súbita  Otro: \_\_\_\_\_ Nivel 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

Que lo hace peor? \_\_\_\_\_ Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento previo? \_\_\_\_\_ Ha tendido esto antes?  Sí  No \_\_\_\_\_

Que interfiere con esta queja ? \_\_\_\_\_

**3<sup>rd</sup> Queja :** \_\_\_\_\_ Cuando empezó : \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Es?  agudo  ardiente  hormigueo  palpitante  entumecimiento  apuñalamiento  Otro \_\_\_\_\_

Que pudo haber causado esto? \_\_\_\_\_ Escala de Severidad (circule uno a continuación 1-10)

Fue el inicio?  gradual  súbita  Otro: \_\_\_\_\_ Nivel 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

Que lo hace peor? \_\_\_\_\_ Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento previo? \_\_\_\_\_ Ha tendido esto antes?  Sí  No \_\_\_\_\_

Que interfiere con esta queja ? \_\_\_\_\_

**4<sup>th</sup> Queja:** \_\_\_\_\_ Cuando empezó : \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Es?  agudo  ardiente  hormigueo  palpitante  entumecimiento  apuñalamiento  Otro \_\_\_\_\_

Que pudo haber causado esto? \_\_\_\_\_ Escala de Severidad (circule uno a continuación 1-10)

Fue el inicio?  gradual  súbita  Otro: \_\_\_\_\_ Nivel 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

Que lo hace peor? \_\_\_\_\_ Que lo hace mejor? \_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento previo? \_\_\_\_\_ Ha tendido esto antes?  Sí  No \_\_\_\_\_

Que interfiere con esta queja ? \_\_\_\_\_

## Revisiones de los sistemas:

Compruebe a continuacion si **tiene** o ha tenido **anteriormente**-con **T** para tiene o **A** anteriormente

Musculoesqueleto	A/T	Psi/Neuro	A/T	Otorrinolaringologia	A/T
Osteoporosis		Ansiedad		Cambios Dimensio	
Artritis		Depresion		Vision Borrosa	
Escoliosis		Perdidad de Memoria		Vision Doble	
Dolor de cuello		Perdida de sueno		Dolor de oído	
Dolor de cadera		Dolor de cabeza		Perdida de audición	
Dolor de rodilla		Mareos		Zumbido en los oídos	
Dolor de pie		Pins/aguja		Infecciones del oído	
Dolor de hombro		Entumecimiento		Ronquera	
Dolor de muñeca/codo		Perdida del olfato		Dolor de garganta	
Problemas de mandibula		<b>Perdida de sentido</b>		Dificultad para deglutir	
Postura pobre					

Cardiovascular	A/T	Respiratorio	A/T	Gastrointestinal	A/T
Dolor de pecho		Tos		Nauseas	
Papitaciones		Corto de Aliento		Vomitos	
Dificultad para respirar		Asma		Dolor de abdominal	
Aturdimiento		Enfisema		Ardor de estomago	
Hipertension		Fiebre de Heno		Ulceras	
Hipotension		Neumonia		Sensible de comidas	
Alto Colesterol		Resollar		Cambios intestinales	
Hinchazon de tobillos				Estrenimiento	
				Diarrea	
				Sangre en la heces	

Genitourinario	A/T	Endocrino	A/T	Derm/ Hemo	A/T
Dolor al orinar		Diabetes		Erupciones	
Orinar frecuente		Intolerancia de calor		Hyper pigmentacion	
Incontencia		Intolerancia de frio		Hypo pigmentacion	
Urgencia		Hipertiroidismo		Acne excesivo	
		Hipotiroidismo		Eccema	
<b>Inmonologia</b>		Condicion pancretico		Psoriasis	
Autoimmune		Urinario excesivo		Cancer de piel	
Deficiencia inumune		Aumento de sed		Perdida de cabello	
				Moretoneos con facilidad	
				Sangrado de encias	

## Historia Pasado/Familiar/Social

Cirugias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Accidentes/Fracturas: \_\_\_\_\_

Esta tomando medicamentos en el momento?  Si  No (Por favor incluya medicamentos de la farmacia)

Nombre del Medicamento	Para que lo toma	Dosis y Frecuencia

Tiene alguna alergia ?  No  Si, De que es alergico: \_\_\_\_\_

Historia Familiar de :  Diabetes  Cancer  Hipertiroidismo  Neurologico  Cerebrovasculares  Otro: \_\_\_\_\_

Trabajo:  Tiempo complete  medio-tiempo  Desempleado  Retirado  Estudiante  Desabilitado Describa su trabajo: \_\_\_\_\_

Social:  Alcohol aumento: \_\_\_\_\_  Cigaros por dia: \_\_\_\_\_  Cafeina por dia : \_\_\_\_\_  Drogas Recreacional

Ejercicio: Diario / Poca veces por semana / nada Tipo de Ejercicio: \_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_ Cuantas onzas de agua por dia: \_\_\_\_\_

Suplementos: \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada es exacta al mejor de mi conocimiento:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

