



**Información Personal**

Nombre:	Apellido:	Fecha de Nac:	Género:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Celular:	Teléfono:		
Correo Electrónico:	Estado civil: Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a		
Nombre del esposo/a:	Cantidad de hijos:		
Altura:	Peso:	Tipo de caso: - Seguro de salud - Independiente - Accidente/Abogado - Medicare	

**Contacto de Emergencia**

Nombre:	Celular:	Relación:
---------	----------	-----------

**Referencia**

Doctor que le refiere:	Paciente que le refiere:
Abogado que le refiere:	¿Cómo escuchó de nuestra clínica?

**Consentimiento de Terapia**

Certifico que soy el paciente o guardian legal mencionado anteriormente. He leído y entiendo la información incluida y certifico que es cierta.

Autorizo por este medio a esta oficina a examinarme y proveer el tratamiento necesario para tratar mi condición física. Entiendo que el tratamiento puede requerir desvestirme e involucrar contacto físico. Entiendo que no habrá una garantía del resultado de mi tratamiento. No espero que el personal médico explique todos los riesgos/complicaciones que puedan estar involucrados en el tratamiento, pero entiendo y confío que este tomará decisiones oportunas en referencia a mi condición de salud. Algunos riesgos asociados con ajustes y fisioterapia incluyen dolor, incremento de síntomas y mareos. Otros riesgos, menos comunes pueden incluir derrame cerebral, fractura y lesión en el disco. Notificaré al personal si poseo alguna condición médica que pueda estar relacionada con estos riesgos.

**Responsabilidad Financiera/ Asignacion de Beneficios**

Por la presente transfiero a esta oficina derechos e intereses de mis beneficios de reembolso médico según mi póliza de seguro. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a esta oficina. Autorizo que mi informacion medica (Patient Health Information) podra ser enviada/discutida con otros proveedores médicos y operadores de salud por motivos de pago, tratamiento y coordinación de tratamiento. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que se envíe un aviso por escrito. Entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención, independientemente de la cobertura del seguro y los honorarios serán exigibles inmediatamente al finalizar el tratamiento. También soy consciente de que la declaración de aviso de HIPPA está disponible para ver en la oficina.

**Autorizo a la oficina a discutir mi información médica con: -Esposo/a -Hijo/a -Madre -Padre -Otros**

**Indique los nombres:**

He leído lo anterior y certifico que he tenido la oportunidad de discutir el contenido de los mismos a mi entero entendimiento. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la terapia y la responsabilidad financiera como se describe anteriormente.

Firma del paciente:	Fecha:
Firma del guardian, autorizando tratamiento:	Fecha:
Firma del personal de la oficina:	Fecha:

**Razón de su visita**

¿Cuál es la razón principal de su visita? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó su condición? \_\_\_\_\_

¿Qué ocasionó esta condición? \_\_\_\_\_ – Desconocido

¿Qué terminos describe mejor su malestar? Seleccione todos los que aplique: Si ha recibido tratamiento para esta lesión, indique cual:

–Dolor	–Ardor	–Penetrante	–Ninguno	–Tratamiento Quiropractico	–Masajes
–Entumecimiento	– Hormigueo	–Intenso	–Medicamentos con prescripción	–Medicamentos sin prescripción	–Terapia Física
–Punzadas	–Palpitante	–Rígido	–Tratamiento Medico	–Otro:	

Selecciones todas las areas donde siente dolor o incomodidad **debido a esta condición:**

Califique la severidad de su malestar en su peor momento, en escala del 1 al 10, donde 1 es lo menos severo y 10 lo mas severo:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo siente este malestar?

– Constante	– Frecuente	– A veces
– Recurrente		

¿Cómo ha cambiado su condición desde que ocurrió?

– Mejorado	– Igual, sin cambios	– Empeorado
------------	----------------------	-------------

¿Cuál actividad es más afectada por esta condición? (Seleccione solo una)

– Trabajo	– Actividades en el hogar	– Levantar objetos
– Cuidado personal	– Sentarse	– Dormir
– Vida Social	–Estar de pie	–Manejar
– Caminar	– Otra:	

¿En cuál(es) de las siguientes opciones experimenta mayor molestia? (Seleccione todas las que apliquen)

–Doblarse	–Alcanzar un objeto por encima de su torzo	–Haciendo ejercicios
–Levantando objetos (explique):		
–Otro:		

¿Qué empeora su condición? (Seleccione todas las que apliquen):

–Casi todos los movimientos	–Ejercitarse	–Cuidado de infante o mascota	–Cuidado personal	–Tabajar en escritorio o computadora	–Tocer/ Estornudar
–Tareas del hogar	–Estar de pie	–Estrés	–Desconocido		

–Movimiento específico :

–Otro:

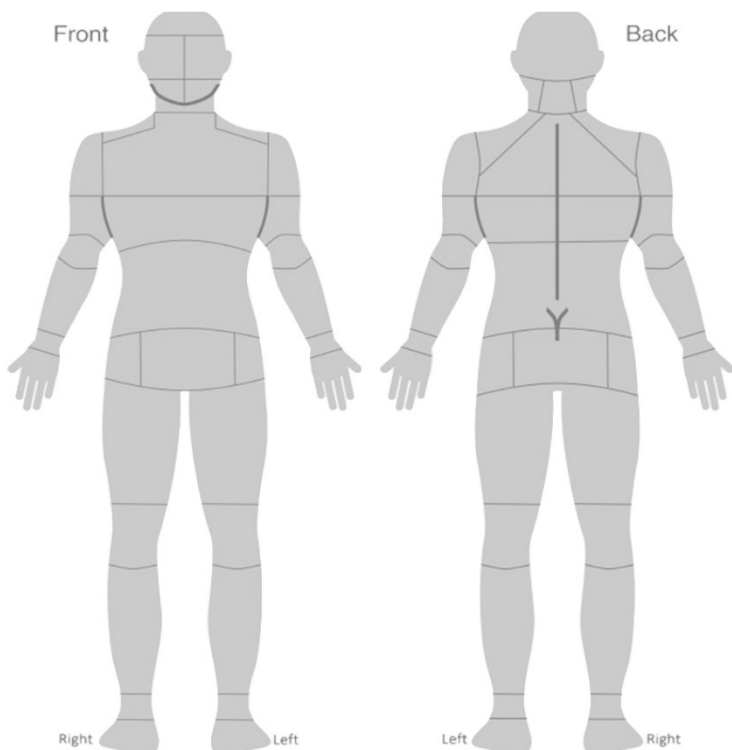
¿Qué mejora su condición o le hace sentir alivio?

– Explique: \_\_\_\_\_ – Nada

¿Han otros doctores/ proveedores, realizado algun examen relacionado a esta condición? S / N

¿Presenta alguna condición adicional? S / N

¿Ha presentado episodios previos de esta condición? S / N



**Salud Actual**

Además de las condicion(es) planteadas anteriormente, ¿Presenta otras condiciones de salud? S / N

Musculos, huesos o articulaciones:

Corazón, presión arterial o circulación:

Nervios, dolores de cabeza, mareos o problemas emocionales:

Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta:

Alergias:

Tos, asma o problemas en pulmones:

Genitales, vejiga o problemas urinarios:

Estómago o problemas digestivos:

Piel, problemas de sangrado:

Otros:

\*Si ha respondido SI a CUALQUIERA de estas condiciones, por favor explique con mas detalle a su doctor.

**Historia Medica Personal y Familiar**

¿Ha tenido previas operaciones/cirugias? S / N Explique:

¿Existen condiciones o enfermedades anteriores que debamos conocer y tener en cuenta? S / N Explique:

Actualmente, ¿Se encuentra tomando algun tipo de medicamento? S / N Por favor, escriba una lista, incluyendo medicamentos/ suplementos sin prescripción médica.

¿Presenta alguna historia medica familiar como diabetes, cancer, problemas de tensión o enfermedades progresivas neurológicas ? S / N

Explique:

<b>Hábitos de Trabajo</b>		
Completamente deshabilitado	Parcialmente deshabilitado	No puede trabajar debido a su condición de salud
Tiempo completo (20-40+ hrs. de trabajo)	Medio tiempo (1-19hrs. de trabajo)	Retirado
Estudiante	Trabaja en el hogar	Sin empleo

<b>Hábitos Personales</b>		
Fuma/ Usa tabaco	Consumo alcohol	Consumo cafeina
Usa drogas recreacionales		
Otros:		

<b>Hábitos de Actividad Física</b>		
No se ejercita actualmente	Se ejercita a diario	Se ejercita 3+ días a la semana
No puede volver a ejercitarse debido a su condición		
Otro:		

<b>Hábitos Nutricionales</b>	
Vegano / Vegetariano	Suplementos diarios
Otros:	

Certifico que la información proporcionada es correcta y de mi entendimiento.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

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