

Fecha: / /



Chart #: \_\_\_\_\_

## Aplicacion Para Tratamiento y Historial

**Seccion A - Informacion** [ ] Favor de completar toda la informacion en su totalidad y corregir si es necesario:

**Por favor indique el tipo de atencion deseada:**  Alivio Temporal  Correccion Duradera  Dr. Por Favor Sugiera

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial Medial:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Genero:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Doctor Familiar:** \_\_\_\_\_

**Marital Status** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_ **Numero del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Numero de Celular:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

*Al proporcionar mi correo electronico, autorizo a mi doctor conctarme via correo electronico.*

**Metodo de Contacto Preferido:**  Texto\*  # de Telefono de casa  # del Trabajo  # de Celular  
(Para los recordatorios de citas, etc) \* Con mensajes de texto, pueden aplicarse tarifas.

**Nombre del Esposo** (si es aplicable): \_\_\_\_\_ **Telefono del Esposo:** \_\_\_\_\_

**Familiar (En caso de emergencia):** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Trabajo:** \_\_\_\_\_ (si N/A checar una)  Retirado  Estudiante

**Esta Embarazada:**  Si  No  Insegura  N/A **Si, Ginecologa:** \_\_\_\_\_ **Edad de los Ninos:** \_\_\_\_\_

## Seccion B - Dolencia Mayor [ ]

Si usted de dolar, por favor marque el lugar donde le duela en las figuras de la parte inferior. Tambien describa la frecuencia del dolor, asi tambien cualquier actividad que agrave el dolor. Por ejemplo, dolor suave, agudo, constante, vience y va cuando se para, cuando se sienta, etc.

### Dolencia Mayor

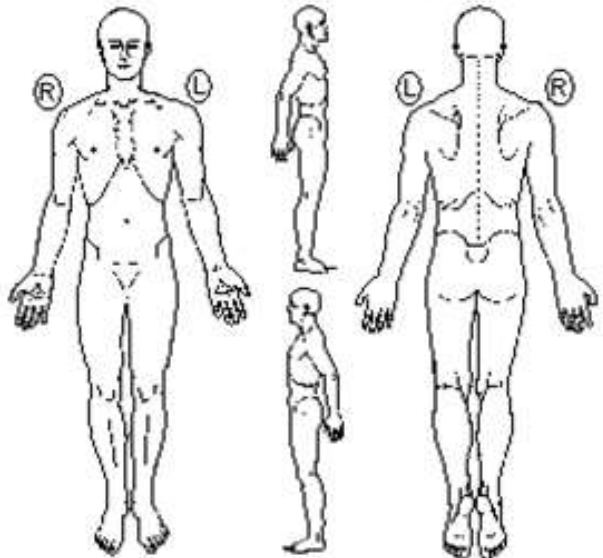
*Por favor, describa brevemente solo su gran problema.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Por favor, no escribir por debajo de esta linea.*

①	/10	②	/10
O	_____	Q	_____
P	_____	P	_____
Q	_____	Q	_____
R	_____	R	_____
S	_____	S	_____
T	_____	T	_____
③	/10	④	/10
O	_____	Q	_____
P	_____	P	_____
Q	_____	Q	_____
R	_____	R	_____
S	_____	S	_____
T	_____	T	_____

### COMPLETA ESTOS DIAGRAMAS



**Cuando** y **Como** se desarrollo esta condicion (Que lo causo? Como empezo?) \_\_\_\_\_

Que hace que su condicion **empeore**? \_\_\_\_\_

Que hace su condicion **mejore**? \_\_\_\_\_

Como esta condicion a afectado su vida? \_\_\_\_\_

Por favor escriba si ha tenido alguna operacion \_\_\_\_\_

Brevemente nombre sus problemas de salud principales: \_\_\_\_\_

**Talla de Zapato:** \_\_\_\_ **Anchor:**  Chico  Mediano  Ancho **Nivel de Actividad:**  Intenso  Moderado  Lijero

### Seccion C [ ]

**Questionario de Verificacion** (Escoja solo una de las preguntas circulando la pregunta, despues de la repuesta para esa pregunta.)

- Cual es el nombre de su mascota favorita?  Ciudad de nacimiento?  Nombre de Secundaria que atendio?  
 Cual es su pelicula favorita?  Cual es el nombre de su madre?  Nombre de la calle donde crecio?  
 Cual fue la marcade de su primer coche?  Cuando es su aniversario?

**Verificacion de repuesta a la pregunta elegida:** \_\_\_\_\_

*Respuesta deber ser al menos 6 characters.*

**Fuma usted actualmente tabacco de cualquier tipo?**  Actualmente Cada Dia  Actualmente, a veces.

Ex-fumador  Nunca he sido fumador

En caso afirmativo, cual es su nivel de interes endejar de fumar?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
*Ningun interes* *Muy Interesado*

**¿Tiene alguna alergia a medicamentos?** Sino hay alergias:  En caso **afirmativo**, informe medicación y su reacción:

**1) Medicacion** \_\_\_\_\_ **Reaccion:** \_\_\_\_\_

**2) Medicacion** \_\_\_\_\_ **Reaccion:** \_\_\_\_\_

**Idioma Preferido:**  Ingles  Espanol  Chino  Japones  Vietnamia  Otro

**Etnicidad:**  Negro/Africano-Estadounidense  Asiatico  Blanco  Hispano/Latino  Indios Americanos  
 Otro  Decido no especificar

¿Está tomando algún medicamento? Si **no**, marque aqui:  En caso **afirmativo**, por favor indicar a continuación:

	Nombre	Dosis	Units	Cantidad	Frecuencia	Forma	Metodo	Cuando se Inicia
Ex	Maxalt	20	Mg	2 Pildoras	2x Daily	Pastilla	Boca	Agosto 2011
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Si necesita mas espacio, por favor, marque aqui  y continuar en la parte posterior.

Algun doctor le a diagnosticado diabetes en la actualidad?  Si  No Si afirmativo, que tipo?  Tipo I  Tipo II

En caso afirmativo a la diabetes, los resultados de prueba sangre de hemoglobina A1c > 9.0?  Si  No  Insegura

En caso afirmativo, otros comentarios sobre la diabetes: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su alto y pesa aproximado actual? Alto: \_\_\_\_\_ Pesa: \_\_\_\_\_

**Seccion D [ ] Consentimiento Para El Manejo Profesional y Divulgacion de esta Informacion**

*Voluntariamente autorizo al médico y quien él designe como sus asistentes para administrar el tratamiento, examen físico, estudios de rayos X, procedimientos de laboratorio, atención quiropráctica o cualquier servicios de la clínica que él / ella considere necesario, en mi caso, y yo además le autorice / ella para revelar la totalidad o parte de mi (paciente) registro a cualquier persona natural o jurídica que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato a la clínica o al paciente oa un miembro de la familia o el empleador del paciente para la totalidad o parte de cargo de la clínica, incluyendo, y no limitado a, hospital o quejas de servicios médicos, compañías de seguros, las compañías de indemnización laboral, los fondos de asistencia social, o el empleador del paciente. Si a usted le gustaría tener una relación más detallada de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su información de salud del paciente lo invitamos a leer la nota de HIPAA que está a su disposición en la recepción antes de firmar este consentimiento.*

*Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la clínica o médico. Yo entiendo que soy responsable por todos los costos de servicios de salud, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspender o terminar mi horario de atención según lo determinado por el médico tratante, honorarios por servicios profesionales será inmediatamente debido y pagadero.*

*Al igual que con todos los servicios de salud, puede haber riesgos de recibir tratamiento en esta o en cualquier otra oficina. Por favor, tenga la seguridad de que todas las medidas de precaución e indicada, pruebas de diagnóstico y las pruebas ortopédicas pertinente se realizará, con su permiso, para minimizar este riesgo. Al firmar este documento usted autoriza el tratamiento y reconoce que entiende los riesgos inherentes, en el entendimiento de la información ofrecida anteriormente, y el consentimiento para que los servicios y tratamientos necesarios de acuerdo con las recomendaciones del médico.*

*Los honorarios son pagaderos al momento del examen, rayos X, o cualquier otro tratamiento se reciban, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Entiendo que la información anterior y garantizar esta forma se completó correctamente a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en la información suministrada.*

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

*Por favor, tener un padre o tutor firmar si el paciente esta bajo 18 anos de edad.*