



## FORMA DE NUEVO PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_

¿Has visto a un quiropráctico antes? Si No En caso que si, cuando?  
\_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos que te haya enviado a nuestra oficina?  
\_\_\_\_\_

### **SU RESUMEN DE SALUD**

Verifique todos los síntomas que haya tenido, incluso si no parecen estar relacionados con su problema actual.

- |  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos | <input type="checkbox"/> Fatiga               | <input type="checkbox"/> Diarrea    |
|  | <input type="checkbox"/> Mareo                   | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir | <input type="checkbox"/> Sudor frío |

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor         | <input type="checkbox"/> Depresion               | <input type="checkbox"/> Pérdida de sabor        | <input type="checkbox"/> Nerviosismo          |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas | <input type="checkbox"/> Rigidez de cuello       | <input type="checkbox"/> Irritabilidad           | <input type="checkbox"/> Malestar de estomago |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de oler       | <input type="checkbox"/> Estreñimiento           | <input type="checkbox"/> Manos fria              | <input type="checkbox"/> Tensiones            |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos     | <input type="checkbox"/> Ulceras                 | <input type="checkbox"/> Fiebre                  | <input type="checkbox"/> Pies frios           |
| <input type="checkbox"/> Dedos de                 | <input type="checkbox"/> Luces molestan los ojos | <input type="checkbox"/> Problema al orinar      | <input type="checkbox"/> Sofocos              |
|   | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual         | <input type="checkbox"/> Menstrual irregularidad | <input type="checkbox"/> Acides               |
|   | <input type="checkbox"/> Desmayo                 | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello         |   |
|   | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda        | <input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Sonando en los          |  |   |

Haga una lista de los medicamentos que está tomando

---



---



---



---



---



---



---



---

Esta oficina cumple con las guias actuales de HIPAA. Puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción. Escriba sus iniciales para indicar que se le ha informado de su disponibilidad: \_\_\_\_\_

Las declaraciones hechas en este formulario son exactas hasta donde yo recuerde y acepto permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento Informado**

CON RESPECTO A: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades y Procedimientos Terapéuticos:

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien el riesgo suele ser muy mínimo, en casos excepcionales, complicaciones como lesiones por esguince / distensión, irritación de una condición discal y, aunque son raras, fracturas menores y posible accidente cerebrovascular, que ocurre a un ritmo entre una instancia por millón y uno por cada dos

millones, se han asociado con ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en Hood Chiropractic me han sido explicados a mi satisfacción. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método o técnica que el médico considere necesario para tratar mi afección en cualquier momento a lo largo de todo el curso clínico de mi cuidado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona autorizada

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales del testigo

# Actividades de la Vida Diaria

Por favor, identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad para llevar a cabo actividades que son parte de su vida rutinariamente:

## ACTIVIDADES:

## EFECTO:

- Levantar cosas**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Parar de una silla**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Subir escaleras**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Conducir su carro**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Usar la computadora por mucho tiempo**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Quehaceres del hogar**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Bañarse/Vestirse**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Hacer ejercicio**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Dormir**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo
- Sentar por mucho tiempo**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta  
 No puedo hacerlo

**Estar parado por mucho tiempo**     Ningun efecto     Duele pero puede     Duele y me afecta

No puedo hacerlo

**Trabajar en la yarda**  Ningun efecto  Duele pero puede  Duele y me afecta

No puedo hacerlo

**Caminar**  Ningun efecto  Duele pero puede  Duele y me afecta  No puedo hacerlo

**Otro:** \_\_\_\_\_  Ningun efecto  Duele pero puede  Duele y me afecta

No puedo hacerlo

**Queja Principal:** \_\_\_\_\_

1. ¿A que nivel esta su dolor en este momento?

Ningun dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor posible  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Que es el promedio/tipico de su dolor?

Ningun dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor  
posible  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Que es el nivel de su dolor en su mejor momento?

Ningun dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor  
posible  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Que es el nivel de su dolor en su peor momento?

Ningun dolor \_\_\_\_\_ Peor dolor  
posible  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

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