

6

HISTORIAL DE SU SALUD

Que tratamiento ha recibido antes para su condición? Medicamentos Cirugía Terapia Física

Cuidado Quiropráctico Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otros doctores que han tratado su condición _____

Fecha de su ultimo: Examen Físico _____ Radiografía espinal _____ Examen de sangre _____

Examen espinal _____ Radiografía del pecho _____ Examen de orina _____

Radiografía dental _____ MRI, CT Scan, Scan de huesos _____

Por favor ponga una X para indicar "Si" o "No" si ha tenido algunas de las siguientes condiciones....

Sida/VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. Del hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sarampión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Inyecciones de alergias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	STD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fracturas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Abortos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anorexia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Int. de suicidio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apendicitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prob. De tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gonorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paperas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gota <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. Del Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. De Parkinson <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bronquitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hernia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nervio Pinchado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bulimia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Disco Herniado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neumonía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inf. Vaginales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos ferina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cataratas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prob. De Próstata <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros: _____
Dep. Químico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cdo. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Varicela <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. del Riñón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____

EJERCICIO	ACTIVIDAD DE TRABAJO	HABITOS
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado/a	<input type="checkbox"/> Fuma
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Parado/a	<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Trabajo leve	<input type="checkbox"/> Café/Cafeína
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado	<input type="checkbox"/> Nivel alto de estrés
		Paquetes al día _____
		Tragos por semana _____
		Tazas por día _____
		Razón _____

Usted está embarazada? Si No Cuando nace el/la bebe/a? _____

Heridas/Cirugías que haya tenido:

Caídas _____

Heridas de la cabeza _____

Huesos Rotos _____

Dislocaciones _____

Cirugías _____

Fecha

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

SUPLEMENTOS

FAMILY HEALTH HISTORY

Paciente _____

Fecha _____

Revise las enfermedades y condiciones a continuación e indique las que son problemas de salud actuales de un miembro de la familia mediante la designación **C** debajo de su columna. La designación **P** debe usarse para indicar un problema pasado. Deje en blanco los espacios que no se aplican. Si necesita más espacio, use el reverso de este formulario.

Condición	Padre	Madre	Esposo/a	Hermano(s)		Hermana(s)		Hijo(a)		
	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____	Edad ____
Artritis										
Fiebre de heno										
Problemas de espalda										
Bursitis										
Cáncer										
Estreñimiento										
Diabetes										
Problemas de disco										
Problemas emocionales										
Enfisema										
Epilepsia										
Dolor de cabeza										
Problemas del corazón										
Presión Alta										
Insomnio										
Problemas del riñón										
Problemas del hígado										
Migrañas										
Nerviosismo										
Neuritis										
Nervio Pinchado										
Escoliosis										
Problemas de seno (sinus)										
Problemas del estomago										

Si alguno de los familiares mencionados arriba han fallecido, favor de escribir edad de fallecimiento y causa: _____

8

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO QUIROPRACTICO

Por este documento solicito y consiento la realización de tratamientos quiroprácticos (también conocidos como ajustes quiroprácticos o tratamientos de manipulación quiropráctica) y cualquier otro procedimiento asociado: examen físico, pruebas, radiografías de diagnóstico, fisioterapia, medicina física, procedimientos de fisioterapia, etc. en mí por el médico de quiropráctica mencionado anteriormente y/o otros asistentes y/o profesionales con licencia.

Entiendo, como con cualquier procedimiento de atención médica, que existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante los tratamientos quiroprácticos. Estas complicaciones incluyen, entre otras: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular, síndrome de Homers, parálisis del diafragma, mielopatía cervical y distensiones y separaciones costo vertebrales. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que provocan o contribuyen a complicaciones, incluido el accidente cerebro vascular.

No espero que el médico pueda anticipar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejercerá su juicio durante el curso de los procedimientos que el médico considere en ese momento, en función de los hechos conocidos entonces, que están en mi mejor interés.

He tenido la oportunidad de analizar la naturaleza, el propósito y los riesgos de los tratamientos quiroprácticos y otros procedimientos recomendados. He tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. También entiendo que los resultados específicos no están garantizados.

Si hay alguna disputa sobre mi atención, acepto una resolución mediante arbitraje vinculante de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje.

He leído (o me han leído) la explicación anterior de los tratamientos quiroprácticos. Declaro que he sido informado y sopesé los riesgos involucrados en el tratamiento quiropráctico en esta oficina de atención médica. He decidido que es lo mejor para mí recibir tratamiento de quiropráctico. Por este documento doy mi consentimiento para ese tratamiento. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición (es) actual y para cualquier condición(es) futura(s) para la cual busco tratamiento.

FIRME SOLO SI ENTIENDE Y ACEPTA LO AQUÍ ESTA ESCRITO

Imprente el nombre de paciente o representante

X _____

Firma de paciente o representante

Fecha

9

RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma, abajo, certifica que he recibido una copia de AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

X _____

Firma del paciente o representante

Fecha