

**FORMULARIO DE INFORMACION**

PAR AHORRAR TIEMPO Y PODER ATENDERLO MEJOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

**INFORMACIÓN PERSONAL**

<b>FECHA DE HOY</b>		<b>NOMBRE</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE</b>		<b>APELLIDO</b>	
<b>DIRECCION</b>				<b>CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>	<b>ZONA POSTAL</b>
<b># DE TELÉFONO CELULAR</b>	<b>PROVEEDOR DE SERVICIO CELULAR</b>	<b>OTRO NUMERO DE TELÉFONO (SELECCIONE EL TIPO)</b> <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO			<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>		
<b>IDIOMA PREFERIDO</b>		<b>RAZA</b>	<b>ETNICIDAD</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>		<b>COMO ESCUCHO ACERCA DE NOSOTROS</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>GENERO</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<b>ESTATURA</b>	<b>PESO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A)		<b># DE HIJOS:</b>	<b>NOMBRE DE SU ESPOSO (A) O PAREJA</b>
<b>ESTADO LABORAL:</b> <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA (O) DE CASA <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO (A) <input type="checkbox"/> OTRO				<b>OFICIO</b>		<b>NOMBRE DE EMPLEADOR / ESCUELA</b>	
<b>¿HA TENIDO TRATAMIENTO QUIROPRACTICO ANTERIORMENTE?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				<b>¿DONDE?</b>		<b>¿HACE CUÁNTO TIEMPO?</b>	

**EN CASO DE EMERGENCIA**

<b>PERSONA A QUIEN CONTACTAR</b>		<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>		<b>¿QUÉ RELACIÓN TIENE CON USTED?</b>	
----------------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------------------	--

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

<b>¿TIENE ALGÚN SEGURO DE SALUD QUE LE PUEDE DAR COBERTURA POR SU CUIDADO?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:</b>	
---	--	-------------------------------	--

**INFORMACIÓN DE REFERIDO**

<b>NOMBRE DEL DOCTOR QUE LO/LA REFIRIÓ A ESTA OFICINA:</b>		<b>NOMBRE DEL PACIENTE QUE LO/LA REFIRIÓ A LA OFICINA:</b>	
<b>TIENE UN ABOGADO REPRESENTÁNDOLO (A):</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<b>NOMBRE DE EL/LA ABOGADO(A):</b>	
<b>COMO ESCUCHO DE NOSOTROS:</b> <input type="checkbox"/> ORALMENTE <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> SOCIAL MEDIA <input type="checkbox"/> EVENTO COMUNITARIO <input type="checkbox"/> OTRO: _____			

**RAZON DE SU VISITA**

**¿ESTA AQUÍ COMO RESULTADO DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**  NO  SI, INDIQUE POR QUÉ:  
 UNA CAÍDA  UN ACCIDENTE DE CARRO  UN ACCIDENTE DE CARRO  OTRO: \_\_\_\_\_  
**(SI INDICO ALGUNO DE ESTOS, PARE E INFORME A RECEPCIÓN)**

**PRIMER QUEJA / SINTOMA**

<b>PRIMERA QUEJA (LA RAZÓN PORQUE ESTÁ AQUÍ HOY):</b>		<b>¿CUANTO TIEMPO HA TENIDO ESTA QUEJA?</b> <input type="checkbox"/> MENOS DE 5 DÍAS (ACUTE) <input type="checkbox"/> ENTRE 5-30 DÍAS (SUB ACUTE) <input type="checkbox"/> MÁS DE 30 DÍAS (CHRONIC)	
<b>¿QUE CAUSO ESTA CONDICIÓN?</b>		<b>¿CUÁNDO EMPEZÓ ESTA CONDICIÓN? (SI ES DEBIDO A UN ACCIDENTE, PARE E INFORME A RECEPCIÓN)</b>	
<b>QUE TÉRMINO DESCRIBE SU CONDICIÓN (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):</b> <input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO <input type="checkbox"/> COSQUILLEO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> SORDO <input type="checkbox"/> ADOLORIDO <input type="checkbox"/> CALAMBRE <input type="checkbox"/> MOLESTIA <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> ARDIENTE <input type="checkbox"/> PULSANTE <input type="checkbox"/> LATIENDO <input type="checkbox"/> PUNZANTE <input type="checkbox"/> OTRO: _____		<b>CALIFIQUE DE 0 A 10 PUNTOS EL NIVEL DE DOLOR/INCOMODIDAD QUE EXPERIMENTA ACTUALMENTE:</b> NINGUNO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 INTOLERABLE	
<b>CADA CUANTO EXPERIMENTA ESTE DOLOR/INCOMODIDAD?</b> <input type="checkbox"/> CONSTANTEMENTE <input type="checkbox"/> FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> INTERMITENTE		<b>¿COMO HA CAMBIADO ESTA CONDICIÓN DESDE QUE EMPEZÓ?</b> <input type="checkbox"/> MEJORADO <input type="checkbox"/> EMPEORADO <input type="checkbox"/> SE HA MANTENIDO IGUAL	
<b>¿QUE ACTIVIDADES HAN SIDO AFECTADAS DEBIDO A ESTA CONDICIÓN? (EXPLIQUE)</b>		<b>¿HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO PARA ESTA CONDICIÓN?</b>	
<b>¿QUE AGRAVA ESTA CONDICIÓN?</b>		<b>¿LE HAN HECHO EXÁMENES EN RELACIÓN A ESTA CONDICIÓN?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, LISTE CUALES:	
<b>¿TIENE ALGUNA OTRA QUEJA?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<b>POR FAVOR CONTINÚE EN LAS SIGUIENTES CASIAS</b>	

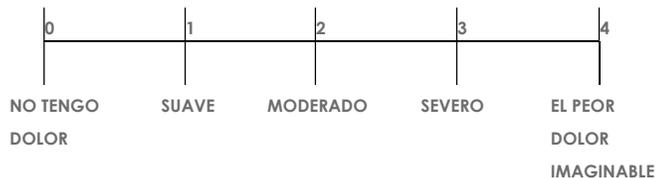


# FUNCTIONAL RATING INDEX

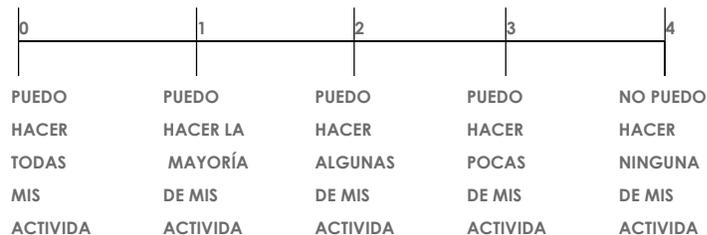
PARA PODER EVALUAR SU CONDICIÓN, NECESITAMOS ENTENDER CÓMO Y CUANTO SUS PROBLEMAS DE CUELLO Y/O ESPALDA HAN AFECTADO SU CAPACIDAD DE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

CALIFIQUE CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS ABAJO, **POR FAVOR CIRCULE EL NÚMERO QUE DESCRIBA SU CONDICIÓN EN ESTE MOMENTO (LO MÁS CERCA POSIBLE).**

## 1. INTENSIDAD DEL DOLOR



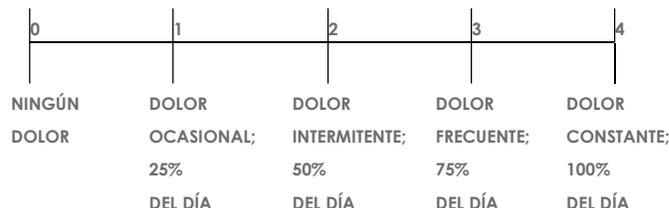
## 6. RECREACIÓN



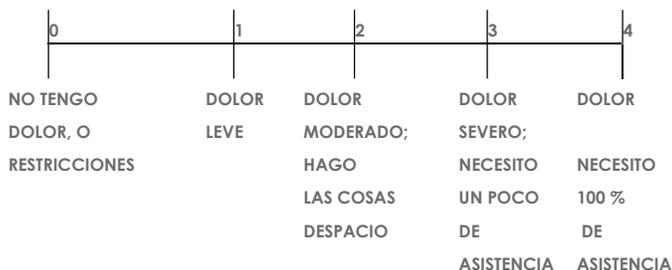
## 2. AL DORMIR



## 7. FRECUENCIA DE EL DOLOR



## 3. CUIDADO PERSONAL



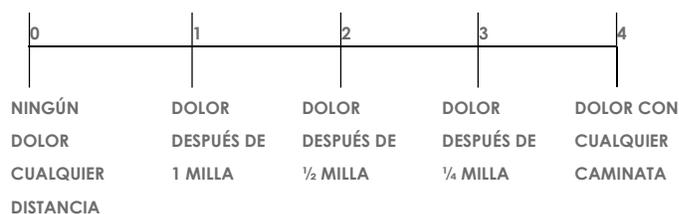
## 8. AL LEVANTAR OBJETOS



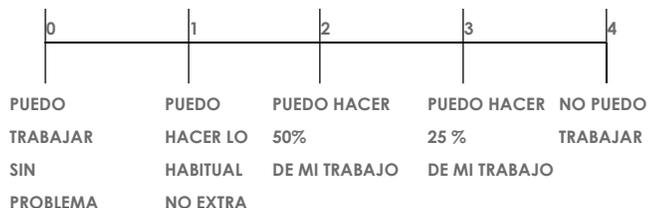
## 4. VIAJANDO (MANEJANDO o DE PASAJERO)



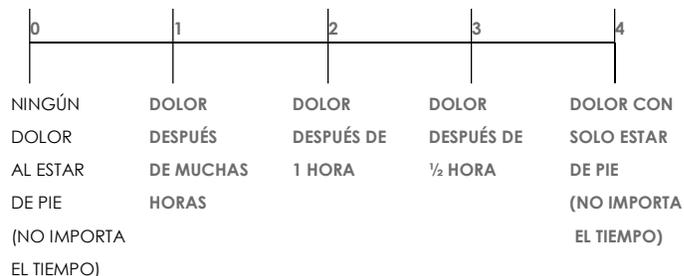
## 9. CAMINAR



## 5. TRABAJO



## 10. ESTAR DE PIE



## SALUD ACTUAL

APARTE DE LA INFORMACIÓN ADQUIRIDA, TIENE ALGUNA OTRA PREOCUPACIÓN RELACIONADO CON LO SIGUIENTE:

MÚSCULOS, HUESOS O ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
NERVIOS, DOLOR DE CABEZA, MAREOS O EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ O GARGANTA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
CORAZÓN, PRESIÓN O CIRCULACIÓN	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TOS, ASMA O CONDICIONES PULMONARES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
ESTÓMAGO, INTESTINOS O CONDICIONES DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
GENITALES, VEJIGA, O CONDICIONES URINARIAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
DIABETES, TIROIDES O CONDICIONES GLANDULARES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
PIEL O CONDICIONES DE SANGRADO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
ALERGIAS O SENSIBILIDADES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	

## HISTORIAL FAMILIAR & PERSONAL

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
¿HA TENIDO ENFERMEDADES PREVIAS U OTRAS CONDICIONES QUE DEBAMOS SABER?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
¿TIENE ALGÚN HISTORIAL DE ACCIDENTES O TRAUMA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO EN ESTE MOMENTO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE O HA TENIDO DIABETES, CÁNCER, HIPERTENSIÓN, O PROBLEMAS NEUROLÓGICOS QUE DEBAMOS SABER?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	EXPLIQUE:	

## SALUD DE ADULTO MASCULINO

¿TIENE UN DOLOR O UN BULTO EN SU ESCROTO O TESTÍCULO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
PERDIDA DE LIBIDO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿TIENE PROBLEMAS DE PRÓSTATA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN DE PRÓSTATA?	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO <input type="checkbox"/> ENTRE 1-4 AÑOS <input type="checkbox"/> MÁS DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO ESTE EXAMEN <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE
¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO PSA (PROSTATE-SPECIFIC-ANTIGEN) EXAMEN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO <input type="checkbox"/> ENTRE 1-4 AÑOS <input type="checkbox"/> MÁS DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO ESTE EXAMEN <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE
¿CUÁL FUE SU EL NIVEL EN EL RESULTADO DE SU PSA (PROSTATE-SPECIFIC-ANTIGEN) EXAMEN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/> NORMAL O BAJO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO ESTE EXAMEN <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE

## SALUD DE ADULTO FEMENINO

¿ESTÁ EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿ESTA AMAMANTANDO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿ESTA BAJO ALGÚN ANTICONCEPTIVO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿SUFRE DE DOLORES DE MENSTRUACIÓN?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿TIENE CICLOS IRREGULARES?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿TIENE IMPLANTES DE SENO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿SE HACE AUTOEXAMEN DE SENO REGULARES?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿ESTA BAJO TERAPIA DE REPLAZO DE HORMONAS?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿TOMA PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN PÉLVICO?	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO <input type="checkbox"/> ENTRE 1-4 AÑOS <input type="checkbox"/> MÁS DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO ESTE EXAMEN <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE
¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO MAMOGRAMA?	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO <input type="checkbox"/> ENTRE 1-4 AÑOS <input type="checkbox"/> MÁS DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO ESTE EXAMEN <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE
¿CUANDO FUE SU ÚLTIMA MENSTRUACION?	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO MES O AHORA <input type="checkbox"/> HACE 1-3 MESES <input type="checkbox"/> MÁS DE 3 MESES <input type="checkbox"/> POSMENOPÁUSICA <input type="checkbox"/> NO HE EMPEZADO A MENSTRUAR <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SE

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

CUANDO UN PACIENTE BUSCA EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO Y ACEPTAMOS A UN PACIENTE PARA TAL CUIDADO, ES ESENCIAL QUE AMBOS ESTÉN TRABAJANDO PARA EL MISMO OBJETIVO. ES IMPORTANTE QUE CADA PACIENTE ENTIENDA TANTO EL OBJETIVO COMO EL MÉTODO QUE SE UTILIZARÁ PARA LOGRARLO. ESTO EVITARÁ CUALQUIER CONFUSIÓN O DECEPCIÓN. USTED TIENE EL DERECHO, COMO PACIENTE, DE SER INFORMADO SOBRE LA CONDICIÓN DE SU SALUD Y LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO RECOMENDADOS QUE SE PROPORCIONARÁN PARA QUE USTED PUEDA TOMAR LA DECISIÓN DE SOMETERSE O NO A LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA DESPUÉS DE SER INFORMADO DE LOS BENEFICIOS CONOCIDOS, LOS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SOLICITO Y CONSIENTO LA REALIZACIÓN DE AJUSTES QUIROPRÁCTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS DE QUIROPRÁCTICA, INCLUYENDO VARIOS MODOS DE FISIOTERAPIA Y RADIOGRAFÍAS DE DIAGNÓSTICO, EN MI PERSONA (O EL PACIENTE MENCIONADO ABAJO, POR QUIEN SOY LEGALMENTE RESPONSABLE) POR EL DOCTOR DE QUIROPRÁCTICA MENCIONADO ARRIBA Y/U OTROS DOCTORES LICENCIADOS O AQUELLOS QUE TRABAJAN EN LA CLÍNICA U OFICINA QUE AHORA O EN EL FUTURO ME TRATEN MIENTRAS ESTÉ EMPLEADO POR, TRABAJANDO O ASOCIADO CON COMO UN MÉDICO DE RESPALDO PARA EL DOCTOR DE QUIROPRÁCTICA NOMBRADO ANTERIORMENTE.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE DISCUTIR CON EL DOCTOR, MI DIAGNÓSTICO, LA NATURALEZA Y EL PROPÓSITO DE LOS AJUSTES QUIROPRÁCTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS Y ALTERNATIVAS. ENTIENDO Y SE ME INFORMA QUE EN LA PRÁCTICA DE LA QUIROPRÁCTICA HAY ALGUNOS RIESGOS PARA EL EXAMEN Y EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A FRACTURAS, LESIONES DE DISCO, ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES, LUXACIONES, ESGUINCES Y AUMENTO DE LOS SÍNTOMAS Y DOLOR O NO MEJORA DE LOS SÍNTOMAS O DOLOR. NO ESPERO QUE EL MÉDICO PUEDA ANTICIPAR Y EXPLICAR TODOS LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES, Y DESEO CONFIAR EN QUE EL MÉDICO EJERZA JUICIO DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUE EL MÉDICO SIENTA EN ESE MOMENTO, BASÁNDOSE EN LOS HECHOS ENTONCES CONOCIDOS EN MI MEJOR INTERÉS. RECONOZCO ADEMÁS QUE NO SE HAN HECHO GARANTÍAS O GARANTÍAS SOBRE LOS RESULTADOS QUE SE PRETENDEN CON EL TRATAMIENTO. LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y ALTERNATIVAS DE LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA ME HAN SIDO EXPLICADOS A MI SATISFACCIÓN. HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR, HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS COMPLETA Y SATISFACTORIAMENTE. TENGO LA INTENCIÓN DE QUE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO CUBRA TODO EL CURSO DEL TRATAMIENTO PARA MI CONDICIÓN ACTUAL Y PARA CUALQUIER CONDICIÓN FUTURA (S) PARA LA QUE BUSCO TRATAMIENTO.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA

### CONSENTIMIENTO PARA NIÑOS MENORES O LEGALMENTE / INCAPACITADOS FÍSICAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (USE LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (USE LETRA DE IMPRENTA)

RELACIÓN / AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

HE LEÍDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA CLÍNICA / OFICINA.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA

### PARA MUJERES - AVISO DE EMBARAZO

POR LA PRESENTE AUTORIZO QUE SE TOMEN RADIOGRAFÍAS QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS, **CERTIFICO QUE NO ESTOY EMBARAZADA NI CREO QUE ESTÉ EMBARAZADA.** ADEMÁS, ENTIENDO QUE SI ESTOY EMBARAZADA Y NO INFORMO AL MÉDICO, LA RADIACIÓN PODRÍA CAUSAR PROBLEMAS DE SALUD PERMANENTE O RIESGOS PARA MI HIJO QUE NO HA NACIDO. ADEMÁS, ENTIENDO QUE LA CLÍNICA U OFICINA NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGUNO DE LOS PROBLEMAS O RIESGOS DE SALUD QUE MI BEBÉ NO NACIDO PUEDA SUFRIR SI NO INFORMO AL MÉDICO QUE ESTOY EMBARAZADA O CREO QUE ESTOY EMBARAZADA.

NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA