living pure chiropractic

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

Living Pure Chiropractic, LLC
17235 N. 75th Ave. F-110
Glendale, AZ 85308
(623) 572-4476
www.livingpurechiropractic.com

Por favor permítale a nuestro personal de oficina fotocopiar su Licencia de conducir y tarjeta de seguro. Toda información provista por usted es confidencial. Nosotros cumplimos con las normas y regulaciones Federales de Privacidad.

Por favor escriba con claridad.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)

¿Ha consultado a un Quiropráctico anteriormente?
○ No ○ Si **¿Cuando?** **¿Quién?**

¿A quién le extendemos las gracias por referirle?

Género
○ Masculino ○ Femenino

Apellido **Número de Seguro Social**

Primer Nombre **Segundo Nombre (inicial)** **Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)**

Estado Civil:
○ Soltero(a) ○ Casado(a) ○ Divorciado(a)
○ Viudo(a) ○ Separado(a)

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Teléfono de la Casa** **Nombre de su Cónyuge**

Dirección de su Correo Electrónico **Teléfono de Celular** **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Persona de contacto en caso de Emergencia **Teléfono Adicional** **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Su Ocupación de Trabajo **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Su Empleador

¿Nos permite llamarle en su trabajo?
○ Si ○ No

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Teléfono del Trabajo**

Compañía de Seguro **Numero de Póliza** **Nombre de su Medico Primario**

Apellido del Asegurado **Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)**

¿Quien es el portador encargado de la póliza?
○ Si mismo ○ Cónyuge
○ Pariente

Primer Nombre **Segundo Nombre (inicial)**

Empleador del Portador encargado de le póliza de Seguro

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Teléfono del Empleador**

Version No. 77496848
Translation by Victor Hugo Gomez, DC
docvictorhugo@hotmail.com
© 2012 The Paperwork Project, LLC. All rights reserved.

1.Los síntomas que me promueven a buscar tratamiento en el día de hoy incluyen: _____

_____

2.Y son los resultados de:

- ◯ Un accidente o golpe
  - ◯ En el trabajo ◯ de Carro ◯ Otro _____
- ◯ Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
- ◯ Es un interés de ◯ Bienestar de Salud ◯ Otro _____

3. Comienzo (¿Cuando notó los Síntomas actuales por primera vez.)

_____

4. Intensidad (¿Cuan intenso son sus síntomas actuales?)

0 ◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯ 10

Ausente Incomodo Agonizante

5. Duración y Tiempo (¿Cuándo le comenzó y con qué frecuencia lo siente?)

◯ Constante ◯ Viene y Va. ¿Con qué frecuencia? _____

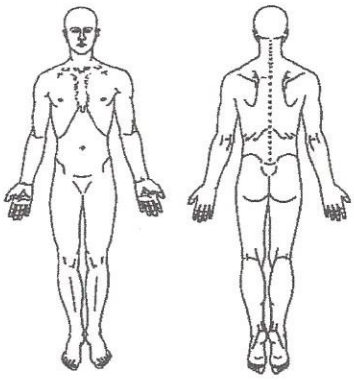
_____

6. Calidad de Síntomas (¿Cómo Se siente?)

- ◯ Adormecido
- ◯ Cosquilleo
- ◯ Rigidez
- ◯ Entumecimiento
- ◯ Adolorido
- ◯ Calambre
- ◯ Molestia
- ◯ Agudo
- ◯ Ardiente/Quemazón
- ◯ Pulsátil
- ◯ Latiendo
- ◯ Punzadas
- ◯ Otro _____

7. Ubicación (¿Donde le Duele?)

Marque con "O" condición actual
Marque con "X" condición anterior



8. Radiación (¿Que otras aéreas del cuerpo le afectan?)

_____

_____

9. Factores que agravan o alivian (¿Qué mejora o empeora, tal como tiempo del día, movimientos, ciertas actividades, etc.?)

¿Qué le empeora el problema? _____

¿Qué le mejora el problema? _____

10. Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

◯ Medicamentos Recetados	◯ Cirugía	◯ Hielo
◯ Medicamentos sin receta	◯ Acupuntura	◯ Calor
◯ Remedio Homeopático	◯ Quiropráctico	◯ Otro _____
◯ Terapia Física	◯ Masaje	_____

11. ¿Qué mas debería Living Pure Chiropractic saber sobre su condición actual? _____

_____

12. ¿Cómo le interfiere su presente condición para con su:

Trabajo: _____

Actividades Recreacionales: _____

Responsabilidades del Hogar: _____

Relaciones Familiares: _____

13. Repaso de Síntomas

El cuido quiropráctico se enfoca en la integridad de su sistema nervioso, el cual controla y regula su cuerpo Entero. Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted ha tenido o que sufre Actualmente y firme sus iniciales en la línea a la mano derecha.

a. Músculo esquelético

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Osteoporosis	◯ ◯ Artritis	◯ ◯ Escoliosis	◯ ◯ Dolor de Cuello	◯ ◯ Problemas de Espalda	◯ ◯ Problema de Cadera	
◯ ◯ Heridas de la Rodilla	◯ ◯ Dolor de Pie/Tobillo	◯ ◯ Problemas de Hombro	◯ ◯ Dolor del Codo / Muñeca	◯ ◯ Problemas de Articulación Temporomandibular	◯ ◯ Mala Postura	Iniciales____

b. Neurológico

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Ansiedad	◯ ◯ Depresión	◯ ◯ Dolor de Cabeza	◯ ◯ Mareos	◯ ◯ Hormigueo	◯ ◯ Entumecimiento	Iniciales____

c. Cardiovascular

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Presión Alta	◯ ◯ Presión Baja	◯ ◯ Colesterol Alto	◯ ◯ Mala Circulación	◯ ◯ Dolor de Pecho	◯ ◯ Contusiones Excesivas	Iniciales____

d. Respiratorio

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Asma	◯ ◯ Apnea	◯ ◯ Enfisema	◯ ◯ Fiebre del Heno	◯ ◯ Falta de Aire	◯ ◯ Neumonía	Iniciales____

e. Digestivo

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Anorexia/Bulimia	◯ ◯ Ulceras	◯ ◯ Sensibilidad a los Alimentos	◯ ◯ Acidez Estomacal	◯ ◯ Estreñimiento	◯ ◯ Diarrea	Iniciales____

f. Sensoriales

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Visión Borrosa	◯ ◯ Zumbidos en Los Oídos	◯ ◯ La Pérdida de Audición	◯ ◯ Infección crónica del oído	◯ ◯ Perdida del Cabello	◯ ◯ Pérdida del Gusto	Iniciales____

g. Integumentario

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ◯
◯ ◯ Cáncer de Piel	◯ ◯ Psoriasis	◯ ◯ Eczema	◯ ◯ Acné	◯ ◯ Caída del Cabello	◯ ◯ Erupción/Sarpullido	Iniciales____

Consultation Notes

Nombre del Paciente

Doctor's Initials

Living Pure Chiropractic, LLC

Version No. 77496848
Translation by Victor Hugo Gomez, DC
docvictorhugo@hotmail.com
© 2012 The Paperwork Project, LLC. All rights reserved.

(Continued from previous page)

h. Endocrino

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ○
○ ○ Problemas De Tiroides	○ ○ Enfermedades Inmunologicas	○ ○ Hipoglucemia	○ ○ Infecciones Frecuentes	○ ○ Glándulas Inflamada s	○ ○ Poca Energía	Iniciales____

i. Genitourinario

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ○
○ ○ Piedra en el Riñón	○ ○ Infertilidad	○ ○ Se orina en la cama	○ ○ Problemas de Frecuentes	○ ○ Disfunción Eréctil	○ ○ Síndrome Premenstrual	Iniciales____

j. Constitucional

Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	Tenía/Tiene	NINGUNO ○
○ ○ Desmayos	○ ○ Libido Bajo	○ ○ Poco Apetito	○ ○ Fatiga	○ ○ Repentino cambio en peso	○ ○ Debilidad	Iniciales____

Nombre del Paciente

○ Todo otro Síntoma es Negativo

Personal pasado, Historial de Familia y Social

Favor de indicar su historial pasado de salud, incluyendo accidentes, heridas, enfermedades y tratamientos. Favor de completar cada sección en su totalidad.

PERSONAL

14. Enfermedades

Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.

Tenía/Tiene			Tenía/Tiene		
○	○	SIDA	○	○	Tuberculosis
○	○	Alcoholismo	○	○	Fiebre Tifoidea
○	○	Alergias	○	○	Ulceras
○	○	Arteriosclerosis	○	○	Otros: _____
○	○	Cáncer			
○	○	Varicela			
○	○	Diabetes			
○	○	Epilepsia			
○	○	Glaucoma			
○	○	Bocio			
○	○	Gota			
○	○	Enfermedad Cardiaca			
○	○	Hepatitis			
○	○	Malaria			
○	○	Sarampión			
○	○	Esclerosis Múltiple			
○	○	Las Paperas			
○	○	Polio			
○	○	Fiebre Reumática			
○	○	Fiebre Escarlatina			
○	○	Enfermedades Sexuales			
○	○	Derrame Cerebral			

15. Operaciones

Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.

- ○ Sacaron el Apéndice
- ○ Cirugía de Derivación Coronaría
- ○ Cáncer
- ○ Cirugía Cosmética
- ○ Cirugía Electiva: _____
- ○ Cirugía de los Ojos
- ○ Histerectomía
- ○ Marcapaso
- ○ Espina Dorsal _____
- ○ Amigdalectomía
- ○ Vasectomía
- ○ Otro: _____

16. Tratamientos

Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.

Pasado	Presente	
○	○	Acupuntura
○	○	Antibióticos
○	○	Pastillas Anticonceptiva
○	○	Transfusiones de Sangre
○	○	Quimioterapia
○	○	Quiropráctico
○	○	Diálisis
○	○	Hierbas
○	○	Homeopáticos
○	○	Remplazo Hormonal
○	○	Inhalador
○	○	Masajes
○	○	Terapia Física
○	○	Suplementos Naturales:

Lista: _____

○ ○ Medicamentos: _____

17. Heridas

Alguna vez ha tenido…

- ○ Hueso Roto o fracturado
- ○ Problema de Columna/Nervios
- ○ Pérdida de Consciencia
- ○ Golpes en un Accidente
- ○ Que Usar Muletas
- ○ Que Usar Cuellera
- ○ Respaldo Lumbar
- ○ Un Tatuaje / Perforación

Consultation Notes

18. Historial de Familia

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígale a Living Pure Chiropractic sobre la salud de sus familiares inmediatos.

FAMILIA

Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud Buena / Pobre		Enfermedades	Edad al Morir	Causa de Muerte Natural/Enfermedad	
Madre	_____	○	○	_____	_____	○	○
Padre	_____	○	○	_____	_____	○	○
Hermana	_____	○	○	_____	_____	○	○
Hermana	_____	○	○	_____	_____	○	○
Hermana	_____	○	○	_____	_____	○	○
Hermana	_____	○	○	_____	_____	○	○
_____	_____	○	○	_____	_____	○	○

19. ¿Existen alguna otra enfermedad de salud que sea hereditaria? _____

_____

20. Historial Social

Favor de anotarle a Living Pure Chiropractic sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.

SOCIAL

Uso de Alcohol	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Oración o Meditación	○ Si	○ No
Uso de Café	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Presión/Estrés en el Trabajo	○ Si	○ No
Uso de Tabaco	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Paz Financiera	○ Si	○ No
Ejercicios	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	¿Vacunado?	○ Si	○ No
Medicamentó para el Dolor	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Calzas de Mercurio	○ Si	○ No
Refrescos/Soda	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Drogas Recreacionales	○ Si	○ No
Consumo de Agua	○ Diario	○ Semanal	¿Qué Cantidad? _____			

Pasatiempos/Aficiones: _____

Doctor's Initials

Living Pure Chiropractic, LLC

Version No. 77496848
Translation by Victor Hugo Gomez, DC
docvictorhugo@hotmail.com
© 2012 The Paperwork Project, LLC. All rights reserved.

21. Actividades de Vida cotidiana

¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	○	○	○	○
Levantándose de una silla	○	○	○	○
Parado	○	○	○	○
Caminando	○	○	○	○
Acostado	○	○	○	○
Doblándose	○	○	○	○
Subiendo las escaleras	○	○	○	○
Usando la computadora	○	○	○	○
Montándose/Bajándose del Automóvil	○	○	○	○
Manejando el Automóvil	○	○	○	○
Mirando por encima del Hombro	○	○	○	○
Cuidando a su Familia	○	○	○	○

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	○	○	○	○
Tareas del Hogar	○	○	○	○
Levantando Objetos	○	○	○	○
Alcanzando cosas altas	○	○	○	○
Bañándose / Duchándose	○	○	○	○
Vistiéndose	○	○	○	○
Vida Intima	○	○	○	○
Logrando el Sueño	○	○	○	○
Manteniéndose Dormido	○	○	○	○
Concentrándose	○	○	○	○
Haciendo Ejercicios	○	○	○	○
Trabajando en el Patio	○	○	○	○

22. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? _____

23. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? _____ **Horas**

24. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? _____

25. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? _____

26. ¿Describa sus hábitos de alimentación? ○ Olvido Desayuno ○ Dos comidas diarias ○ Tres Comidas diarias ○ Meriendo entre comidas

27. ¿Qué sería lo más significante que haría para mejorar su salud? _____

28. Además del motivo de su visita, ¿Qué otras metas de salud tiene usted? _____

Aceptación

Para establecer expectativas claras, mejorar la comunicación y ayudarle a obtener los mejores resultados en el tiempo más razonable, por favor lea e indique con sus iniciales que usted ha entendido y está de acuerdo.

Iniciales ____ **Yo le autorizo al Quiropráctico a que aplique el tratamiento, que bajo su opinión profesional, mejor me pueda ayudar a restaurar mi salud. Además comprendo que el cuidado quiropráctico que me sea brindado en esta clínica está basado en la mejor evidencia disponible y diseñado para reducir o corregir la subluxación vertebral. La Quiropráctica es un arte curativo que es distinto e independiente de la medicina y no proclama a curar ninguna enfermedad.**

Iniciales ____ **Yo tengo el derecho de solicitar una copia de los"Derechos de Privacidad" y entiendo que en ellos se describe como mi información de salud es protegida y suministrada en mi representación para el reembolso de cualquier otra tercera entidad.**

Iniciales ____ **Yo entiendo que un examen de radiografía (RAYOS-X) puede ser dañino a una criatura en el vientre. Por lo cual Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento que no estoy en estado de embarazo. El primer día de mi último ciclo menstrual fue: (MM/DD/Año):** _____

Iniciales ____ **Yo autorizo que se me llame para confirmar o cambiar mi cita y que se me envié correspondencia por correo postal o electrónico como una extensión de mi cuido de salud de esta oficina.**

Iniciales ____ **Yo acepto que cualquier seguro de salud que yo pueda tener es un acuerdo entre esa compañía de seguro y mi persona. Yo me hago personalmente responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba al no ser cubierto o pagado por la compañía de seguro.**

Iniciales ____ **En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.**

Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo: _____

Firma _____ Fecha (MM/DD/AÑO) _____

Nombre del Paciente

Consultation Notes

Doctor's Initials

Living Pure Chiropractic, LLC

Version No. 77496848
Translation by Victor Hugo Gomez, DC
docvictorhugo@hotmail.com
© 2012 The Paperwork Project, LLC. All rights reserved.