

American Specialty Health (ASH)

P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077

Nombre _____ Identificación de Suscriptor _____ Idioma Primario _____

Describe su Problema Actual y Como Empezó

Fecha de su Cirugía _____

Causa de su Lesión: Trabajo Relación Automática N/A

¿Con que frecuencia se presentan sus síntomas?

Constante (76-100% del día) Ocasionalmente (26-50% del día)

Frecuentemente (51-75% del día) Intermitentemente (0-25% del día)

Describe la naturaleza de su dolor:

Dolor agudo Dolor sordo Entumecido Dolor punzante Dolor ardiente Dolor de hormigueo

¿Como está cambiando su condición?

Mejorando No ha cambiado Empeorando

Denuncia actual (¿cómo se siente hoy?)

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Intenso

¿En la última semana, cuanto ha interferido su dolor con actividades diarias? (Trabajo, escuela, quehaceres)

Sin Interferencia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar actividades

Fíjese si tiene dificultad con: La visión Escuchando Hablando Memoria Pasar comida, bebidas etc.

¿Cuál es su método de aprendizaje más efectivo? Observando Escuchando Hablando Practicando Fotografía

¿En general, como diría usted que es su salud general en este momento?

Excelente Muy Bien Bien Mas o menos Pobre

¿Le han realizado radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas en el área de su queja? Si No

Fecha tomada(s) _____ **Cuales áreas fueron capturadas** _____

Por favor marque todo lo que le aplica a usted:

Alcohol/Dependencia de drogas

Fiebre reciente

Diabetes

Presión Alta

Condición cardíaca

Accidente cerebrovascular medical (fecha) _____

Mareos/desmayos

Cáncer

Osteoporosis

Otras complicaciones medicas _____

Entumecimiento

Problemas urinarios

Actualmente embarazada

Peso anormal

Dolor no aliviado por descanso

Dolor durante la noche

Operaciones _____

Uso de Tabaco – Tipo _____

Medicación actual _____

¿Quién ha visto para su condición antes de hoy?

Quiropráctico

Nadie Doctor Medico Masajista

Terapeuta FísicoAcupunturista Terapeuta Ocupacional Logopeda Entrenador Atlético

¿Cuál tratamiento recibió y cuándo?

¿Cuál es su ocupación?

Certifico, según mi leal saber y entender, que la información anterior es completa y precisa. Si la información del plan de salud no es exacta, o si no soy elegible para recibir un beneficio de atención médica a través de este proveedor/profesional, entiendo que soy responsable de todos los cargos y servicios prestados y acepto notificar a este proveedor/profesional inmediatamente cuando tenga cambios en mi condición de salud o en la cobertura de mi plan de salud en el futuro. Entiendo que es posible que este proveedor/medico deba comunicarse con mi medico si mi condición necesita ser coadministrada. Por lo tanto, doy autorización a este proveedor/médico para que se comuniquen con mi médico, si es necesario.

Firma de Paciente _____

Fecha _____