

Alta Chiropractic and Wellness Center

Información para pacientes nuevos

**POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE**

Nombre legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico (requerido para accidente) \_\_\_\_\_

Seguro social o ITIN # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Número de hijos \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/pareja/padre (circule uno) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? (Por favor proporcione un NOMBRE si era una persona)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha recibido atención quiropráctica antes? \_\_\_ Nombre de quiropractor \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

Si tiene algún dolor (dolor de cuello, dolor de espalda, etc.), problemas de salud, síntomas y/o quejas, enumere:

1. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_?

2. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_?

¿Tiene un caso de compensación laboral abierto? \_\_\_\_\_ Si es así, notifique en la recepción.

¿Este problema ha ido empeorando o sigue igual? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna actividad, incidente o evento fuera del trabajo que pueda haber causado estas quejas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Por accidente de auto

¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha del accidente? \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado que lo represente en este accidente automovilístico? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿quién es su abogado? \_\_\_\_\_

Si se debe a un accidente automovilístico, ¿cuál es el nombre de su compañía de seguros de auto?

(OBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

¿Ha presentado un reclamo de seguro de automóvil? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es su número de reclamo?

(Obligatorio si tienes un reclamo de auto) \_\_\_\_\_

Otra información

Enumere otros médicos consultados por estas condiciones: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía u hospitalización? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

—  
Por favor enumere cualquier lesión y enfermedad actual o pasada que no esté mencionada anteriormente:

—  
Marque todos los medicamentos (sin receta y/o recetados) que esté tomando actualmente: \_\_\_\_Aspirina/Tylenol  
\_\_\_\_Medicamentos para el dolor \_\_\_\_Relajantes musculares \_\_\_\_Insulina \_\_\_\_Anticonceptivos \_\_\_\_Pastillas para dormir \_\_\_\_Antidepresivos \_\_\_\_Otros (enumere a continuación)\_\_\_\_\_

Nos gustaría saber en qué medida su estado de salud (dolor y/o síntomas que pueda estar experimentando) le impide hacer lo que normalmente haría, o hacerlo tan bien como lo haría normalmente. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, no sólo cuando el dolor es peor.

POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU NIVEL TÍPICO DE ACTIVIDADES.

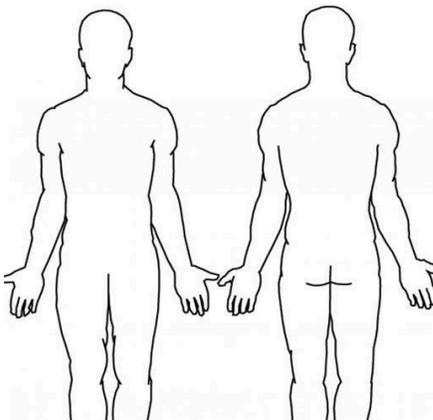
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**Completamente capaz de funcionar  
funcionar**

**Totalmente incapaz de**

1. RESPONSABILIDADES DE LA FAMILIA/HOGAR: Actividades relacionadas con el hogar o la familia, incluidas las tareas y deberes realizados en la casa (trabajar en el jardín, lavar los platos, hacer recados, llevar a los niños a la escuela, etc.) \_\_\_\_\_
2. ACTIVIDADES DE RECREACIÓN/OCIO: Pasatiempos, deportes, actividades sociales y otras actividades de ocio similares. \_\_\_\_\_
3. OCUPACIÓN: Actividades que son parte o están directamente relacionadas con el trabajo de una persona, incluidos también los trabajos no remunerados, como el de ama de casa o el trabajo voluntario. \_\_\_\_\_
4. CUIDADO PERSONAL: Actividades que involucran mantenimiento personal y vida diaria independiente, incluyendo ducharse, conducir, vestirse, etc. \_\_\_\_\_
5. ACTIVIDAD DE APOYO VITAL: Comportamientos básicos de apoyo vital, como comer, dormir y respirar. Si tiene problemas de salud, marque la ubicación exacta de su dolor en el diagrama a continuación. También describa el tipo y la frecuencia de su dolor. \_\_\_\_\_

**Si tiene algún problema de salud, marque la ubicación exacta de su dolor en el diagrama a continuación.**



### **Consentimiento informado para la atención quiropráctica**

La naturaleza de la atención quiropráctica: El médico utilizará sus manos o un dispositivo mecánico para mover las articulaciones. Es posible que sienta un "clic" o escuche un "pop", y puede sentir el movimiento de la articulación.

Posibles riesgos: Como con cualquier procedimiento de atención médica, es posible que surjan complicaciones después de un ajuste quiropráctico. Las complicaciones pueden incluir fracturas de huesos, distensión muscular, esguince de ligamentos, dislocación de articulaciones o lesión de los discos intervertebrales, nervios o médula espinal. Probabilidad

de que ocurran riesgos: Los riesgos de complicaciones debido a la atención quiropráctica se han descrito como "poco frecuentes". El riesgo de lesión cerebrovascular o accidente cerebrovascular se ha estimado en uno en un millón a uno en veinte millones, y puede reducirse aún más mediante procedimientos de detección. Riesgos de no recibir

tratamiento: La demora en el tratamiento permite la formación de adherencias, tejido cicatricial y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir aún más la movilidad esquelética e inducir ciclos de dolor crónico. Es muy probable que el retraso en el tratamiento complique la afección y dificulte la rehabilitación posterior.

***He leído la explicación sobre la atención quiropráctica. He tenido la oportunidad de que me respondieran a mis preguntas de manera satisfactoria. He evaluado completamente los riesgos y beneficios y he decidido libremente someterme al tratamiento. Por la presente doy mi consentimiento total para el tratamiento.***

Imprime tu nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_