

## Historial Confidencial de Paciente Nuevo

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Como prefiere que lo llamen: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Guardián (si aplica): \_\_\_\_\_ Persona Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nombre de esposo/a o pareja: \_\_\_\_\_ # de hijos: \_\_\_\_\_

### Política de cancelación

Su cita es reservada solo para usted. Una cancelación tardía o una visita perdida deja un agujero en el día del terapeuta que podría haber sido llenado por otro paciente. Como tal, requerimos el aviso de 24 horas por cualquier cancelación o cambio en su cita. Se cobrará una tarifa de cancelación a los pacientes que envíen un aviso de menos de 24 horas o que falten a su cita.

Soy consciente de la política de cancelación.

### Privacidad e Intercambio de información

Autorizo a la clínica y sus profesionales de la salud asociados a recopilar mi información personal y médica como se documenta anteriormente. Además, autorizo a la clínica y a los profesionales de la salud asociados a que se comuniquen con mi médico de familia y / o el médico de referencia según lo considere necesario para mi tratamiento beneficioso. También entiendo que mi información personal y médica es confidencial y solo se divulgará a terceros con mi permiso.

Acepto

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Condiciones de Salud Actuales

Dolencia Principal: \_\_\_\_\_

Otros problemas: \_\_\_\_\_

¿Que causó esta problema? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Su condición es resultado de un accidente automovilístico o una lesión del trabajo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido este problema u otra condición similar en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Ha visto a algún otro médico para esta condición?

¿Mejóro su condición? \_\_\_\_\_ Nombre del doctor/a: \_\_\_\_\_

### ¿Qué actividades AGRAVAN su condición?:

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sentarse     | <input type="checkbox"/> Actividad sexual        | <input type="checkbox"/> Asearse, Peinarse, Vestirse |
| <input type="checkbox"/> Caminar      | <input type="checkbox"/> Guiar                   | <input type="checkbox"/> Hacer deportes              |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Subir escaleras         | <input type="checkbox"/> Otro _____                  |
| <input type="checkbox"/> Dormir       | <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla |  |
| <input type="checkbox"/> Doblarse     |  |  |

### ¿Qué actividades ALIVIAN su condición?:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sentarse        | <input type="checkbox"/> Acostarse boca arriba   | <input type="checkbox"/> Cannabis medicinal |
| <input type="checkbox"/> Caminar         | <input type="checkbox"/> Acostarse boca abajo  | <input type="checkbox"/> Medicamentos       |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie    | <input type="checkbox"/> Acostarse de lado   | <input type="checkbox"/> Estiramientos      |
| <input type="checkbox"/> Dormir          | <input type="checkbox"/> Aplicar frío  | <input type="checkbox"/> Ejercicios         |
| <input type="checkbox"/> Guiar           | <input type="checkbox"/> Aplicar calor   | <input type="checkbox"/> Descansar          |
| <input type="checkbox"/> Doblarse        | <input type="checkbox"/> Analgésicos y cremas tópicas para el dolor como Bengay, Biofreeze, etc. | <input type="checkbox"/> Otro _____         |
| <input type="checkbox"/> Masajes         |  |   |
| <input type="checkbox"/> Presión/vendaje |  |   |

### La condición está:

- Empeorando     Mejorando     Se mantiene igual

### El dolor es:

- Constante     Viene y va     Sólo de vez en cuando

**Describe el dolor:**

- |                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo       | <input type="checkbox"/> Quemazón       | <input type="checkbox"/> Alfilerazos |
| <input type="checkbox"/> Leve        | <input type="checkbox"/> Latidos        | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Inflamación | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |                                      |

**Condición #1** \_\_\_\_\_

Circule la intensidad del dolor 0= ningún dolor , 10= el peor dolor imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Condición #2** \_\_\_\_\_

Circule la intensidad del dolor 0= ningún dolor , 10= el peor dolor imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Condición #3** \_\_\_\_\_

Circule la intensidad del dolor 0= ningún dolor , 10= el peor dolor imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Sólo para mujeres**

¿Está embarazada?:  Si  No Fecha de parto: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente lactando?  Si  No

**¿Qué le gustaría recibir?**

Alivio de los síntomas presentes  Bienestar completo de salud a largo plazo  Ambas

¿Ha visitado un quiropráctico anteriormente?  Si  No ¿Le ayudó? \_\_\_\_\_

**Indique si USTED o un FAMILIAR IMEDIATO tiene o ha tenido cualquiera de estas:**

Artritis Reumatoide  Diabetes  Lupus  Enfermedad Cardiovascular

Hipertensión  Infarto  Cáncer

Si seleccionó alguna opción, especifique quien tuvo la condición: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido algún accidente o caída significativa en el pasado?:**  Si  No

Si marcó "SI", explique: \_\_\_\_\_

**¿Ha sido hospitalizado alguna vez?**  Si  No

Si marcó "SI", explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene marcapaso?  Si  No

Deportes que practica o practico en su juventud: \_\_\_\_\_

Describa brevemente cualquier accidente automovilístico que haya sufrido:

---

---

Indique si usted tiene o ha tenido cualquiera de estas condiciones:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza             | <input type="checkbox"/> Alergias                                | <input type="checkbox"/> Artritis                 |
| <input type="checkbox"/> Mareo                         | <input type="checkbox"/> Dolor de Mano                           | <input type="checkbox"/> Úlcera                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga        | <input type="checkbox"/> Embarazo                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello               | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad                      | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide      |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta                  | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte superior de la pierna | <input type="checkbox"/> Hepatitis                |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis                     | <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar                         | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Alta         | <input type="checkbox"/> Lupus (SLE)                             | <input type="checkbox"/> Fatiga General           |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón             | <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera                         | <input type="checkbox"/> Tumor                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular     | <input type="checkbox"/> Infección de Vejiga                     | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia                               | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión      |
| <input type="checkbox"/> Dolor Espalda Media           | <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla                        | <input type="checkbox"/> Problemas de Vesícula    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho                | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata (solo hombres)    | <input type="checkbox"/> Pérdida de Balance       |
| <input type="checkbox"/> Sed Excesiva                  | <input type="checkbox"/> Dermatitis /Eczema                      | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja         | <input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/Pie                    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz    |
| <input type="checkbox"/> Stroke/Infarto                | <input type="checkbox"/> Cambio de Peso                          | <input type="checkbox"/> Pérdida de Concentración |
| <input type="checkbox"/> Micción frecuente             | <input type="checkbox"/> Concusión                               | <input type="checkbox"/> Problemas de Memoria     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro               | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula                      | <input type="checkbox"/> Manos/Pies fríos         |
| <input type="checkbox"/> Angina                        | <input type="checkbox"/> Pérdida de Apetito                      | <input type="checkbox"/> Anemia                   |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco             | <input type="checkbox"/> Reemplazo Hormonal                      | <input type="checkbox"/> Huesos Rotos             |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo                | <input type="checkbox"/> Inflamación de Articulaciones           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                |
| <input type="checkbox"/> Piedra en los Riñones         | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal                         | <input type="checkbox"/> Osteoporosis             |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de Drogas/Alcohol | <input type="checkbox"/> Anticonceptivos                         | <input type="checkbox"/> Marcapasos               |
| <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca               |  | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos      |
| <input type="checkbox"/> Problemas Renales             |  |   |

Otros \_\_\_\_\_

**Clasifique su consumo de estas sustancias: (1=nunca, 5=muy frecuente)**

Alcohol

1  2  3  4  5

Agua

1  2  3  4  5

Cigarrillos/Tabaco

1  2  3  4  5

Sustancias controladas/drogas recreativas

1  2  3  4  5

Nivel actual de "STRESS":

1  2  3  4  5

Medicamentos que consume:

\_\_\_\_\_

Cirugías que haya tenido en el pasado y razón: \_\_\_\_\_

Alguna otra información pertinente a su salud:: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado

Tiene el derecho a ser informado sobre su condición, el tratamiento recomendado, y los riesgos que están involucrados en el tratamiento. Esta información le ayudará a tomar una decisión informada sobre la participación en el tratamiento. Esta información no es para asustarle; es simplemente un esfuerzo para mejorar su conocimiento sobre el tratamiento. Le damos información sobre el consentimiento informado independientemente de si le damos tratamiento o no.

Yo, como paciente, presento permiso y consentimiento para la ejecución de procedimiento que está dentro del alcance de la práctica de la quiropráctica. Este incluye, pero no está limitado a, los ajustes quiroprácticos, modos distintos de fisioterapia o laser terapéutico y radiografías diagnosticas (o el paciente nombrado arriba, para quien tengo un responsabilidad legalmente). La Dra. Cristina Ruiz, quiropráctico, otros doctores de quiropráctica quienes trabajan en la oficina con la doctora y otros doctores licenciados en quiropráctica en otras oficinas pueden tratame.

Tengo la oportunidad para discutir con el doctor u otros empleados de la oficina sobre el propósito de ajustes quiroprácticos, la naturaleza de quiropráctica, y otros procedimientos. Entiendo que ni la quiropráctica ni el tratamiento médico es una ciencia exacta. Mi plan de cuidado puede involucrar juicios que están basados en evidencia y estudios científicos e información conocida por el doctor quiropráctico. Entiendo que un resultado

indeseable no es una indicación de un error en juicio. Entiendo que los resultados no son garantizados, y hay riesgos y beneficios en mi tratamiento de quiropráctica. También entiendo que hay la alternativa de mi tratamiento de quiropráctico, y son riesgos y beneficios del tratamiento alternativo.

Entiendo y soy informado sobre los riesgos del tratamiento quiropráctico. Este incluye, pero no se limita a las fracturas, los discos heridos, la dislocación, los esguinces, las quemaduras, o la congelación (desde terapia física), condiciones peores de la espalda, más síntomas y dolor. También, es posible que no haya una mejora en los síntomas, dolor, y moretones. El dolor grave en el cuerpo es muy raro y no es un riesgo del tratamiento quiropráctico. Hay casos raros en los que han habido apoplejías cuando un paciente recibe el ajuste cervical. Las complicaciones que se han reportado incluye mareo temporal, la náusea parálisis, pérdida de visión, parálisis completamente en todo el cuerpo aparte del movimiento de los ojos, y el muerte.

Permiso para contacto físico: Entiendo que, en el curso de varios exámenes y tratamientos, el doctor o las personas en la oficina pueden tener que examinar y tocar partes de mi cuerpo. Entiendo que algún contacto íntimo o sexual es ilegal, inmoral, y nunca es un parte de una exanimación o tratamiento. Sin embargo, entiendo que algunos tratamientos quiroprácticos necesitan contacto en las regiones sensitivas. Entiendo que antes de esta ocurra, el doctor me explicará que se hará, como se realizará y por qué se realizará. También, entiendo que puedo rechazar el examen, o puedo pedir que otra persona esté presente durante el examen o procedimiento por mi seguridad y protección. Me darán la oportunidad para señalar al médico si estoy listo para continuar el examen. Estoy de acuerdo que si tengo preguntas o dudas sobre la pertinencia sobre el contacto, puedo discutir mis preocupaciones con el quiropráctico u otros empleados de la oficina. Es mi entendimiento que yo puedo revocar permiso en cualquier momento por escrito que aplique para el consentimiento de contacto físico en el futuro. Acepto que el quiropráctico no puede anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. Entiendo que no hay garantías ni promesas sobre los resultados del tratamiento.

Mi firma debajo confirma que he leído los párrafos y entiendo todo lo que mi quiropráctico me ha informado sobre los riesgos del tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad para aclarar mis preguntas y el quiropráctico ha respondido a ellas. También, he revelado toda mi historia médica sobre cualquier factor y condiciones que me duelen en el pasado.

Doy mi permiso para ser ajustado/a y recibir tratamiento quiropráctico y de fisioterapia, certifico que la información médica anterior es correcta según mi conocimiento, he leído el consentimiento informado de quiropráctica en su totalidad..

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_