

Inscripcion y Historial de Salud

Fecha: _____

Informacion del Paciente

Nombre de Paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
de Telefono Primario: _____
de Telefono Secundario: _____
E-mail: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Age _____
Casado__ Soltero__ Divorciado__ Viudo__ # de hijos _____
Si el paciente es menor de edad, proporciona nombre de padre/ tutor(s): _____
Ocupación: _____
Empleador: _____
Dirección de emplaedor: _____
de Emplaedor: _____
Nombre de Esposo(a): _____
Ocupación de Esposo(a): _____
Contacto de Emergencia: _____
de Emergencia : _____
Quien te recomendo nuestra officina? _____
Nos encontraste en el internet? Que Pagina? _____

Informacion de Seguro

Nobre del Seguro de Salud: _____
de Seguro _____
de Grupo _____
de Seguro Social _____

Asignación y liberación:

Yo certifico que tengo/ mis dependientes, tengo cobertura de seguro con _____ y asigno que todos los beneficios de seguros, en su caso por servicios prestados deberá pagarse directamente al **Bert J. Vanderblik DC** o **Gabriel Ederly DC**. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El doctor llamado anterior puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a la compañía de seguros nombrada anteriormente ya sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y determinación de beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento es permanecer en efecto hasta nuevo aviso
X _____ Date: _____

Condicion Actual Del Paciente

Razon por su visita? _____
Es esta condición debido a un accidente? Si__ No__ , Fecha del accidente _____
Cuándo aparecieron sus síntomas? _____
Por favor califique la gravedad de su dolor de 1-10? (Sin dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (insoportable)
Con qué frecuencia siente dolor? Constante__ Frecuente__ Intermitente__ Ocasional__
Cómo describirías tu dolor? Agudo__ palpitante__ quemado__ aburrido__ hormigueo__ dolor__ agarrador__
Está experimentando alguna? Entumecimiento__ Debilidad__ Dolor__ Rigidez__ Inflamación__ Cólicos__
Qué actividades son dolorosas: Estar de Pie__ Sentar__ Acostar__ Caminar__ Doblar__ Ejercicio__ Otro__
Interfiere con su: Trabajo__ Sueño__ Vida Familiar__ Humor__ Rutinas diarias__ Pasatiempos__ Otros__
Desde que su dolor empezó, esta su condición? Mejorando__ Peor__ Se a mantenido igual__
Qué le gustaría lograr con su atención en nuestra oficina? _____

Historia de Salud

Quién es su médico de atención primaria: _____
Has estado en un quiropráctico antes? Sí__ No__ Si es así, Nombre del Dr. _____
Cuándo fue su último ajuste? _____
Fecha de la última: Examen físico _____ Cuando recibio Rayos X, MRI o CT Scan _____
Por favor describa las lesiones mayores y cualquier procedimiento quirúrgico realizado: _____

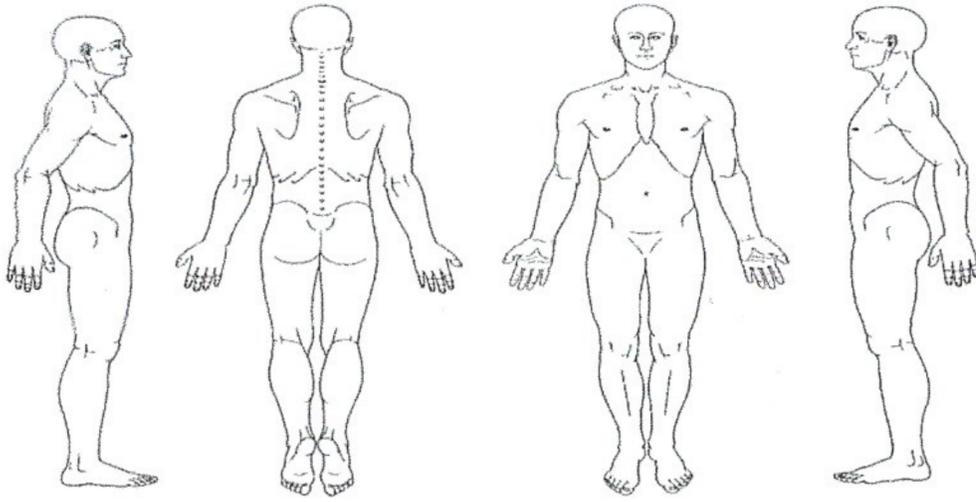
Por favor liste cualquier receta o medicamentos sin receta y / o suplementos que toma regularmente: _____

Ha estado en algún accidente? Si__ No__ Si es así, Cuando _____
Que tipo? Auto__ Ocupacional__ Personal__

Continuar en la pagina detras →

Office Use Only: A-List Text Email SL#1 TY _____

Marque una X en las áreas de este cuerpo donde usted siente los síntomas descritos. Dolor, Entumecimiento, Hormigueo



Del 0 al 10, Indica tu nivel de incomodidad

Dolor en le Cuello, Hombros o Brazos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

Dolor en Espalda Media

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

Dolor en Espalda Baja o piernas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

Marque todas las condiciones que haya tenido, incluso si no parecen estar relacionadas con su condicion actual

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Dolor en el pie | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Alta fiebre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Agujas en brazos y piernas | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon o derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en los dedos de las manos y los pies | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cuello tieso | <input type="checkbox"/> Pies fríos | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el hombro | <input type="checkbox"/> Tensión / Estrés | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cadera | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar / Hígado | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor Espalda Media | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Síndrome intestino irritable | <input type="checkbox"/> Problemas al orinar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Sudores fríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Flashes calientes |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el dedo | <input type="checkbox"/> La luz fastidia los ojos | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Cambios de humor |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la muñeca | <input type="checkbox"/> Desmayos / mareos | <input type="checkbox"/> Estómago revuelto | <input type="checkbox"/> Dolor Menstrual / PMS |
| <input type="checkbox"/> Manos frías | <input type="checkbox"/> Pérdida de saldo | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Irregularidad menstrual |
| <input type="checkbox"/> Dolor de codo | <input type="checkbox"/> Problema para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata | Pacientes femeninos: |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | Estas embarazada? Si__ No__ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Toque en los oídos | Fecha de Nacimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de tobillo | | | |

Estilo De Vida Personal

Ejercicio/Deporte:

- () ninguna
() templado
() Moderado
() pesado

Habitos de trabajo:

- () Sentado
() Sn pie
() Trabajo ligero
() Trabajo pesado

Otros Hábitos:

- () Fumar con qué frecuencia _____
() Beber alcohol con qué frecuencia _____
() Café / cafeína con qué frecuencia _____
() Nivel de Estrés 1-10 _____, Personal__ Ocupacional__

En una escala de Pobre, Bueno, Excelente, describa su: Dieta: _____ Sueño: _____ Salud General _____

Peso: _____ Altura: _____ Pies _____ Pulgadas

Historia de infancia

- Tuviste alguna enfermedad o condiciones graves? Sí__ No__ Cuándo? _____
Tuvo alguna cirugía / hospitalización importante? Sí__ No__ Cuándo? _____
Tuvo alguna caída / lesión importante? Sí__ No__ Cuándo? _____
Estabas involucrado en un accidente de coche? Sí__ No__ Cuándo? _____

Perfil de Salud Familiar

En nuestra oficina no sólo estamos interesados en su salud y bienestar, sino también en la salud y el bienestar de su familia y sus seres queridos. Por favor mencione cualquier condición de salud o preocupaciones que pueda tener sobre su:

Esposa: _____
Niños: _____
Padres: _____
Hermanos: _____

Certifico que las declaraciones hechas en este formulario son completas y exactas a mi leal saber y entender. Acepto notificar inmediatamente al médico si tengo algún cambio en mi estado de salud.

Fecha _____ Firma del Paciente _____

Autorización para el cuidado del menor: Autorizo a este consultorio ya sus médicos a administrar cuidados a mi hijo / hija cuando lo consideren necesario desde el punto de vista médico.

Firma del paciente / tutor _____ Relación con el menor _____

Nombre y Direccion de la clinica/oficina:

Nombre(s) del(de los) Doctor(es)

Family Wellness A Chiropractic Group
7439 Reseda Blvd.
Reseda, CA 91335

Bert J. Vanderblik DC
Gaby Edery DC

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO Y CUIDADO CHIROPRÁCTICO

Nombre Del Paciente _____

Por la presente solicito y consiento la realización de procedimientos que están dentro del alcance de la práctica de quiropráctica incluyendo, pero no limitado a, ajustes de quiropráctica, diversos modos de terapia física y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente mencionado anteriormente, Por quien soy legalmente responsable) por el doctor de la quiropráctica nombrado arriba y / u otros médicos licenciados de la quiropráctica que ahora o en el futuro me tratan mientras está empleado por, trabajando o asociado o sirviendo como respaldo para el doctor de la quiropráctica llamado Arriba, incluyendo aquellos que trabajan en la clínica u oficina listadas arriba o en cualquier otra clínica de oficina, sean o no signatarios de este formulario.

He tenido la oportunidad de discutir con el doctor de quiropráctica nombrado arriba y / o con otro personal de la oficina o de la clínica, la naturaleza y el propósito de los ajustes de la quiropráctica y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y se me informa que hay algunos riesgos para el tratamiento quiropráctico, incluyendo pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, accidente cerebrovascular, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el procedimiento que el médico sienta en ese momento, sobre la base de los hechos entonces conocidos, Está en mi mejor interés.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido, y al firmar abajo estoy de acuerdo con los procedimientos arriba mencionados. Tengo la intención de este formulario de consentimiento para cubrir el curso de tratamiento para mi condición actual.

Firma del Paciente o Representante Fecha

Nombre del Paciente o Representante

Firma del Testigo

Fecha

Relacion al Paciente