

# REGISTRO DE QUIROPRÁCTICO Y SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

Casado (a)  Viudo (a)  Separado (a)  Soltero (a)

Divorciado (a)  Menor de edad  Asociado durante \_\_\_\_\_ años

Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador / Escuela: \_\_\_\_\_

Número de Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ (mes) (día) (año)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos por su referencia? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que tengo, y / o mi dependiente (s), tengo (tienen) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y asignar directamente al  
(Nombre de la compañía (s) de seguro)

Doctor \_\_\_\_\_ todos los beneficios de seguros, en su caso, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios hechos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

El médico nombrado anteriormente puede usar mi información de atención de salud a la empresa arriba mencionada aseguradora (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se ha completado o un año desde la fecha de la firma a continuación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente, padre, tutor o representante personal)

\_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal)

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
(mes) / (día) / (año)

## NÚMEROS DE TELÉFONO

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, CONTACTO:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

Es esta condición debido a un accidente?  No  Si Fecha \_\_\_\_\_

Tipo de accidente  Auto  Trabajo  Casa  Otro

A quién has hecho un informe de su accidente?

Seguro de auto  Empleador

Remuneración de los trabajadores  Otro

Nombre del abogado (si procede) \_\_\_\_\_

## LA CONDICIÓN DEL PACIENTE

Razón de la visita \_\_\_\_\_

¿Cuándo aparecen los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Esta condición esta empeorando progresivamente?  SI  NO  Desconocido

¿Con qué frecuencia usted tiene el dolor?  Constante  Aparece y Desaparece

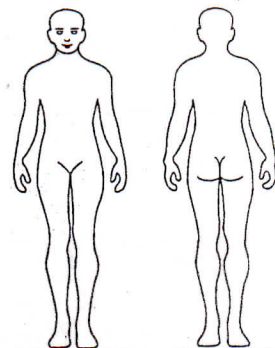
Tipo de dolor:  Fuerte  Leve  Palpitante  Entumecimiento  Adolorido  Dolor

Ardor  Hormigueo  Calambres  Dolor Punzate  Hinchazón  Otro

Interfiere con su  Trabajo  Sueño  Recreativo  Rutina diaria

Actividades o movimientos que son doloroso para realizar  Sentado  De pie  Caminando  Se agacha  Estar acostado (a)

Marque con una X en el cuadro donde continúa teniendo dolor, entumecimiento u hormigueo. →



# HISTORIA DE LA SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido ya para su condición?  Medicamentos  Cirugía  Fisioterapia  Servicios Quiroprácticos  
 Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del otro médico (s) que lo han tratado por su condición: \_\_\_\_\_

Fecha de la última: Examen Físico: \_\_\_\_\_ Radiografía de la columna vertebral: \_\_\_\_\_ Análisis de sangre: \_\_\_\_\_

Examen dental: \_\_\_\_\_ Radiografía del tórax: \_\_\_\_\_ Examen de orina: \_\_\_\_\_

Examen de la columna vertebral: \_\_\_\_\_

Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía computarizada (CT Scan), Gammagrafía ósea: \_\_\_\_\_

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Migrañas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Reuma Articular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    |
| Alcoholismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Aborto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   |
| Inyecciones para Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    | Fracturas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Involuntario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        |
| Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       | Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Mononucleosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Enfermedades de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anorexia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Bocio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     | Accidente Cerebro vascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |
| Apendicitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Gonorrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Paperas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                 | Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                |
| Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Problemas de La Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           |
| Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         | Enfermedad Del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              | Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        |
| Trastornos de la Coagulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Enfermedad De Parkinson <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Hernia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Nervio Comprimido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No       | Tumores, Crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              |
| Bronquitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Hernia de Disco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         | Neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    |
| Bulimia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      | Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Polio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Ulceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                            |
| Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       | Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Problema De Próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    | Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              |
| Las Cataratas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Alta Colesterol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         | Prótesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Tos Ferina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         |
| Dependencia Química <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          | Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |
| Varicela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Enfermedades Del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |  |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Sarampión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |   |   |  |

## EJERCICIO

- Ninguno  
 Moderado  
 Diario  
 Pesado

## ACTIVIDAD LABORAL

- Sentado  
 De Pie  
 Trabajo Ligero  
 Trabajo Pesado

## HÁBITOS

- De fumar  
 Alcohol  
 Bebidas de café / cafeína  
 Alto nivel de estrés

Paquetes / Día \_\_\_\_\_  
 Bebidas / Semana \_\_\_\_\_  
 Tazas / Día \_\_\_\_\_  
 Razón \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  NO  SI Fecha De Vencimiento \_\_\_\_\_

Lesiones / Las cirugías que ha tenido	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____
Dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

## MEDICAMENTOS

## ALERGIAS

## VITAMINAS / HIERBAS / MINERALES

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nombre de farmacia _____	_____	_____
Telefono de farmacia _____	_____	_____