

ESCALANTE CHIROPRACTIC

Brenda D. Morales, D.C.

Nombre _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (casa) _____ Tel. Celular _____

Pager _____ E-mail Casa: _____ E-mail Trabajo: _____

de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____

Masculino Femenino Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) # de hijos _____ Nombre de esposo(a)(padre/madre) _____

¿Quién lo(a) refirió a nuestra clínica? _____

Empleo _____ Domicilio del Empleo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel. Trabajo _____ Ocupación _____

¿Ha obtenido tratamiento quiropráctico en el pasado? _____ Si sí, ¿cuándo? _____

Si está experimentando problemas de salud, por favor escriba sus quejas en orden de severidad (síntomas, dolor, etc.)

1. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

2. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

3. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

4. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Escriba los nombres de doctores que ha consultado para estos problemas: 1. _____ 2. _____

Nombre de su médico familiar _____

¿Usted experimenta las quejas mencionadas durante el trabajo? Sí _____ No _____ Si sí, describa cuáles actividades en el trabajo causan su molestia o dolor: _____

¿Hay algunas actividades, incidentes o eventos fuera del trabajo que causan sus molestias o dolor? Sí _____ No _____ Si sí, describa en detalle: _____

Si su queja fue causada por un accidente, caída u otro tipo de trauma, ¿En qué fecha sucedió? _____

¿Su problema se ha estado mejorando, empeorando, o se ha quedado igual? _____

¿Cuáles actividades agravan su dolor? _____

¿Ha tenido alguna operación u hospitalización? _____ Si sí, ¿Dónde y cuándo?: _____

Por favor enliste otras lastimaduras que todavía no ha mencionado : _____

Por favor indique cualquier medicamento/receta que esté tomando ahorita: Aspirina/Tylenol Med. para el dolor Relajantes para los músculos

Insulina Tranquilizadores Pastillas anticonceptivas Otras _____

¿Ha sufrido un accidente automovilístico en los últimos doce meses? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____

Seguro médico _____ Nombre del asegurado _____

Domicilo del seguro _____ Número de la póliza _____

Seguro médico de su esposo(a) _____ Nombre de asegurado _____

Domicilo del seguro _____ Numero de la póliza _____

La escala de abajo está diseñada para medir el grado en el que varios aspectos de su vida están siendo interrumpidos por su mala condición de salud (Dolores, molestias de la espina dorsal, musculares, nerviosas, u otros síntomas que esté experimentando). En otras palabras, queremos saber cuánto le están afectando sus síntomas en sus actividades del diario, que no puede hacer o qué no puede hacer muy bien debido a estas molestias. Por favor responda a cada categoría, indicando el impacto total en su vida, no nada más cuando el dolor está al máximo.

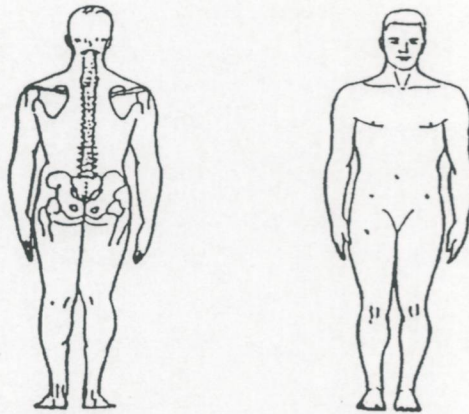
Para cada una de las actividades diarias que se encuentran abajo, por favor indique EL NUMERO QUE DESCRIBE EL NIVEL EN EL QUE PUEDE HACER LA ACTIVIDAD.

"0" significa "si lo puedo hacer sin ningún problema", y "10" significa "no puedo hacer mis quehaceres regulares porque el dolor es muy severo. Esto interrumpe mi vida significativamente".

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Puedo hacer todos mi quehaceres sin ningún problema								No puedo hacer nada/ El dolor me interrumpe mis actividades diarias		

1. **FAMILIA/QUEHACERES DE LA CASA:** Actividades relacionadas con la casa o la familia, incluyendo quehaceres físicos hechos en casa. (trabajo del jardín, lavar trastes, favores para los familiares, llevar (manejando) a los niños a la escuela, etc) _____
2. **RECREACION:** Pasatiempos, deportes y otras actividades de descanso o recreativas. _____
3. **ACTIVIDAD SOCIAL:** Actividades en las que se requieren participación con amistades o familiares incluyendo fiestas, cine, conciertos, comer fuera, u otras funciones sociales. _____
4. **OCUPACION:** Actividades que son directamente relacionadas con el trabajo, incluyendo trabajos sin paga y trabajos voluntarios o del hogar. _____
5. **CUIDADO PROPIO:** Actividades que requieren mantenimiento personal como bañarse, manejar un coche, y vestirse. _____
6. **ACTIVIDADES DE SOBREVIVENCIA:** Actividades como comer, dormir o respirar. _____

Si usted está experimentando algunos problemas de salud, por favor marque el lugar exacto en el dibujo de abajo. También indique el tipo y la frecuencia del dolor que siente. Por ejemplo, un dolor agudo, piquete, constante, de vez en cuando, al caminar, estar sentado, estar parado, etc.



Método de pago por los cargos de esta visita: EN EFECTIVO CHEQUE TARJETA DE CREDITO OTRO _____

NOTICIA: NO TODOS LOS PACIENTES REQUIEREN RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE REQUIEREN O CUANTO VA A DURAR EL TRATAMIENTO. SI SU EXAMEN REQUIERE UN ANALISIS DE RADIOGRAFÍAS, LO SIGUIENTE SE TIENE QUE HACER:

1. Todos los cargos de la primera visita se tienen que pagar el día que se prestó el servicio.
2. El pago de las radiografías es para analizarlas. La Ley del Estado de California requiere que nosotros nos quedemos con sus radiografías. Son la propiedad de esta clínica. Las radiografías se pueden prestar a otra institución nada más con la autorización de ésta clínica por medio de una solicitud y permiso escrito.

Firma del Paciente _____ Fecha _____