

Bem Vindo ao Centro de Quiropraxia Berklich

Obrigado por nos fornecer as seguintes informações gerais para que possamos atendê-lo melhor

Data: _____ A quem podemos agradecer por nos referir a você: _____

Dados Demográficos de Pacientes

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: M/ F

Como você prefere ser chamado? _____ SSN: _____

Estado Civil: Casado Solteiro Outro

Situação de emprego: Empregado Estudante Integral Estudante Meio Período Aposentado

Idioma Primário: _____ Religião: _____

Orientação Sexual: _____ Identidade de Gênero: _____

Etnia: _____ Raça: _____

Nome de Solteira da Mãe: _____

Tipo de Diretiva Antecipada: Sem Diretiva Antecipada Testamento em Vida Procuração Durável Não Ressuscitar

Informações do Provedor

Médico Provedor: _____ Telefone: _____

Primary Care Provider: _____ Telefone: _____

Informações de Contato do Paciente

Endereço: _____

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

E-mail: _____ Preferência de Comunicação: _____

Informação de Emprego

Nome do Empregador: _____ Telefone do Empregador: _____

Endereço: _____

Cidade Estado Código Postal

Informações para Contato de Emergência

Nome de Contato: _____ Relação com o paciente: _____

Endereço: _____

Cidade Estado Código Postal

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Parente Mais Próximo

Nome de Contato: _____ Relação com o Paciente: _____

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Informações de Seguro

Nome do Seguro Principal: _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Relação com o Paciente: _____

ID de membro / assinante: _____ Grupo #: _____

Nome do Seguro Secundário (*se aplicável*): _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Relação com o Paciente: _____

ID de membro / assinante: _____ Grupo #: _____

Benefícios de Seguro Atribuídos ao Provedor

Autorizo a cessão dos meus direitos e benefícios de seguro diretamente ao provedor de serviços prestados, Berklich Chiropractic Center.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura: _____ Relação com o Paciente: _____

(Pai / Mãe / Tutor Legal / Pessoa com Custódia Legal)

Nome do Paciente: _____

Data: _____

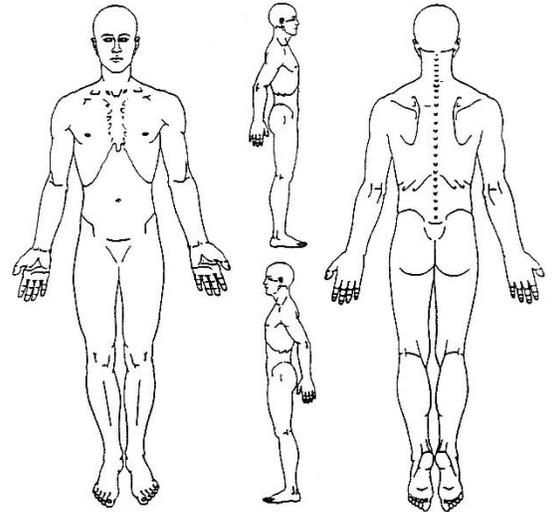
1. Quando seus sintomas começaram? _____
2. Descreva seus sintomas e como começaram: _____

3. Seus sintomas são resultados de uma, queda, acidente de carro/moto, ou acidente de trabalho? Sim Não

4. Com que frequência você sente seus sintomas?

- a) Constantemente (75-100% do dia)
- b) Frequentemente (51-75% do dia)
- c) Ocasionalmente (26-50% do dia)
- d) Intermitentemente (0-25% do dia)

Por favor, indique onde você tem dor ou outros sintomas.



5. Descreva a natureza dos seus sintomas:

- a) Queimando
- b) Dor maçante
- c) Dormente
- d) Afiado
- e) Tiro/Pontadas
- f) Formigamento

6. Como os seus sintomas estão mudando?

- a) Melhorando
- b) Não está mudando
- c) Piorando

7. Durante as últimas 4 semanas incluindo tanto trabalho fora de casa quanto doméstico:

a) Indique a intensidade média de seus sintomas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) Como seus sintomas afetam sua capacidade de realizar atividades diárias?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



0: Nenhuma Reclamação
1-2: Leve, esquecido com atividades
3-4: Moderado, interfere com atividades
5-6: Limitando, impede a atividade por completa
7-8: Intenso, preocupado em buscar alívio
9-10: Severo, não é possível realizar atividades

8. Quais atividades pioram seus sintomas? _____

9. Quais atividades melhoram seus sintomas? _____

10. Você já teve sintomas semelhantes no passado? Sim Não

11. Quais exames você fez para analisar seus sintomas?

Raio X, data: _____ Ressonância Magnética, data: _____ Tomografia, data: _____ Outro, data: _____

12. Quem você viu para tratar os seus sintomas?

Ninguém Outro Quiroprata Outro Médico Fisioterapeuta Outro, qual: _____

13. Nos últimos 90 dias, você teve (marque Sim ou Não):

- a) Qualquer perda de apetite Sim Não
- b) Tontura, leveza ou desmaio: Sim Não
- c) Febres, Calafrios ou Suores Noturnos: Sim Não
- d) Fadiga em geral: Sim Não
- e) Ganho / perda de peso de 10 libras ou mais Sim Não

Centro de Quiropraxia Berklich

Questionário de Saúde do Paciente

Se você já teve um sintoma listado abaixo no passado, verifique-o na coluna anterior. Se você está atualmente preocupado com um sintoma específico, verifique esse sintoma na coluna presente. Esta é uma história de vários sistemas do seu corpo e o conhecimento dessas condições pode influenciar o tipo de tratamento, terapia ou encaminhamento que você pode receber.

Passado	Presente	Condição	Passado	Presente	Condição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azia / Indigestão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressão Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma da Aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólon Irritável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na Mandíbula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecções da bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda do Controle da Bexiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbio do Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor Lombar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na mama/Caroço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Meio das Costas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, Explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incoordenação Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no Peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no pescoço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosse Crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Tornozelo ou Pé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na Parte Inferior da Perna ou Joelho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipação / hábitos intestinais irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na parte superior do braço ou cotovelo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na parte superior da perna ou quadril
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor ao Urinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TPM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatite/Eczema/Erupção Cutânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluxo Menstrual Profuso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldade em Engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batimento Cardíaco Rápido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema (Distúrbio Pulmonar Crônico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrite Reumatóide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Ombro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sede Excessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVC, Data: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço/Rigidez das Articulações
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micção Frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido (Ruídos nos Ouvidos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fadiga Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor, Explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nas mãos (<input type="checkbox"/> Direita, <input type="checkbox"/> Esquerda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor de Cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbios Visuais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco, Data: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Pulso

História da Família: Se algum de seus parentes imediatos tem/tiveram o seguinte, marque apropriadamente.

	Mãe	Pai	Irmão (s)	Irmã(s)
Cancer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Cardiovascular:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Crônicos de Coluna:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descolamento de Retina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite Reumatóide / Lúpus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você já fez cirurgia ou foi hospitalizado? Não Sim, Descreva: _____

Quais medicamentos você está tomando atualmente? _____

História de Tabagismo: Ex Fumante Nunca Fumou Fumante, Frequência: _____

Você bebe álcool? Não Sim, Frequência: _____

Você tem ou teve dependência de álcool, drogas ou qualquer outro tipo de vício? Sim Não

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

Centro de Quiropraxia Berklich

Informações Relacionadas ao Acidente de Carro

1. Data e Horário do Acidente: Data: _____ Horário: _____ AM ou PM
2. Você era: Motorista Passageiro da Frente Passageiro de Trás, lado Direito Passageiro de Trás, lado Esquerdo
3. Você estava usando o cinto de segurança / arnês de ombro? Sim Não
4. Você estava parado no momento do acidente? Sim Não
5. Seu veículo sofreu danos visíveis? Sim Não
6. Onde seu veículo sofreu danos? Frente Trás Lado Direito Lado Esquerdo
7. Os airbags inflaram por causa do acidente? Sim Não
8. Havia mais alguém no carro com você? Sim Não
- 8.1 Eles ficaram feridos? Sim Não
9. Você se lembra de alguma parte do seu corpo batendo em alguma coisa dentro do veículo? Sim Não
- 9.1 Se sim, descreva a parte do corpo atingida e o que foi atingido:

-
10. Você ficou surpreso ou estava ciente de que o acidente estava prestes a acontecer? Surpreso Ciente
 11. Se você se lembra, onde você estava olhando no momento do impacto, descreva:
 Olhando para frente Para meu lado esquerdo Para meu lado esquerdo Outro, Explique:

-
12. Com suas próprias palavras, descreva como o acidente aconteceu:

-
13. Os paramédicos compareceram ao local do acidente? Sim Não
 14. Você foi atendido no local do acidente? Sim Não
 15. Você foi transportado para um centro médico / hospital pelos paramédicos? Não se Sim, informar o nome do local/Hospital: _____
 16. Você ou outra pessoa o levou para um centro médico / hospital do local do acidente? Não se Sim, informar o nome do local/Hospital: _____
 17. Como resultado deste acidente, você foi avaliado ou tratado em algum estabelecimento de saúde ou por algum provedor de saúde? Não se Sim, Nome da Clínica ou Hospital: _____
 18. Que sintomas você sentiu imediatamente após o acidente? _____
 19. Que sintomas você teve nas próximas horas? _____
 20. Que sintomas você teve na manhã seguinte? _____
 21. Desde o acidente, quais novos sintomas ou condições se desenvolveram e quando você começou a notar esses sintomas? _____
 22. Desde o acidente, quais sintomas ou condições que você pode ter tido antes do acidente, parecem ter piorado?
-
23. Faça um breve desenho das estradas e onde os carros/objetos causaram impacto. Rotule seu carro como **“EU”**