

Bienvenido ao Centro Quiropráctico Berklich

Gracias por brindarnos la siguiente información general para que podamos brindarle un mejor servicio

Fecha: _____ A quienes les agradecemos por recomendarte a nosotros: _____

Datos Demográficos Del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/ F

¿Cómo prefieres que te llamen? _____ SSN: _____

Estado Civil: Casado Soltero Otro

Situación Laboral Empleado Estudiante a Tiempo Completo Estudiante a Tiempo Parcial Jubilado

Idioma Principal: _____ Religión: _____

Orientación Sexual: _____ Identidad de Género: _____

Etnicidad: _____ Raza: _____

Nombre de Soltera de la Madre: _____

Tipo de Directiva Anticipada: Sin Directiva Anticipada Testamento Vital Poder Notarial Duradero No Resucitar

Informacion del Proveedor

Referido Por: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Atención Primária: _____ Teléfono: _____

Información de Contacto del Paciente

Dirección: _____

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Preferencia de Comunicación: _____

Información de Empleo

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleado:: _____

Dirección: _____

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre de Contacto: _____ Relación con el Paciente _____

Dirección: _____

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Trabajo: _____

Pariente Más Cercano

Nombre del Familiar: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Trabajo: _____

Información del Seguro de Salud

Nombre de la Empresa del Seguro de Salud: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el Paciente: _____

ID de Miembro / Suscriptor: _____ Grupo #: _____

Nombre del Seguro Secundario (*si corresponde*): _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el Paciente: _____

ID de Miembro / Suscriptor: _____ Grupo #: _____

Beneficios del Seguro Asignados al Proveedor

Por la presente autorizo la cesión de mis derechos y beneficios de seguro directamente al proveedor de servicios prestados, Berklich Chiropractic Center.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el Paciente: _____

(Padre / Madre / Tutor Legal / Persona que tiene la Custodia Legal)

Nombre del Paciente: _____

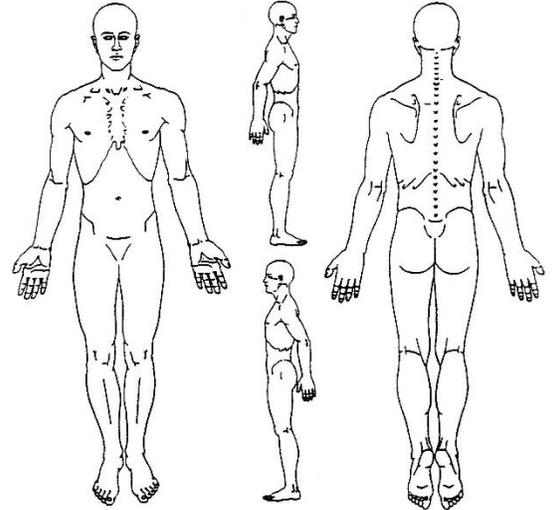
Fecha: _____

1. ¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____
2. Describa sus síntomas y cómo comenzaron: _____

3. ¿Son sus síntomas el resultado de una lesión, caída, accidente? Sí No
4. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas?

- a) Constantemente (75-100% del día)
- b) Con Frecuencia (51-75% del día)
- c) Ocasionalmente (26-50% del día)
- d) De forma intermitente (0-25% del día)

*Por favor, indique dónde
tiene dolor u otros síntomas*



5. Describa la naturaleza de sus síntomas:

- a) Quema / Arder
- b) Dolor leve
- c) Entumecido
- d) Afilada
- e) Disparo/Preciso
- f) Hormigueo

6. ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

- a) Mejorando
- b) No cambia
- c) Empeorando

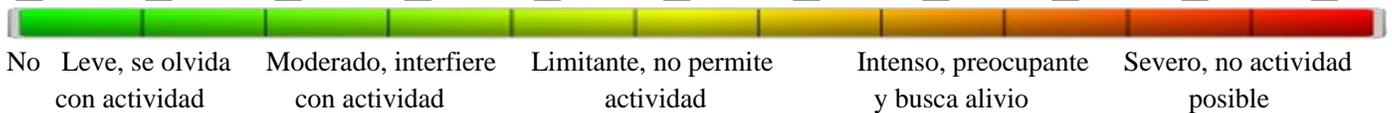
7. Durante las últimas 4 semanas, incluido el trabajo fuera del hogar y las tareas del hogar:

Indique la intensidad media de sus síntomas

- a) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- b) Como sus síntomas afectan su capacidad de realizar actividades diarias?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



8. ¿Qué actividades empeoran sus síntomas? _____

9. ¿Qué actividades mejoran sus síntomas? _____

10. ¿Ha tenido síntomas similares en el pasado? Sí No

11. ¿Qué exámenes le han hecho para sus síntomas?

Rayo X, fecha: _____ Resonancia Magnética, fecha: _____ Tomografía, fecha: _____ Otro, fecha: _____

12. ¿A quién ha visto por sus síntomas?

Nadie Otro Quiropráctico Otro Doctor Fisioterapeuta Otro, describa: _____

13. En los últimos 90 días, ¿ha tenido (marque Sí o No):

- a) Cualquier pérdida de apetito Sí No
- b) Mareos, Aturdimiento o Desmayo Sí No
- c) Fiebre, Escalofríos o Sudores Nocturnos: Sí No
- d) Fatiga en General: Sí No
- e) Aumento / pérdida de peso de 10 libras o más: Sí No

Centro Quiropráctico Berklich

Cuestionario de Salud del Paciente

Si alguna vez ha tenido uno de los síntomas que se enumeran a continuación, marque ese síntoma en la columna anterior. Si actualmente está preocupado por un síntoma en particular, verifique ese síntoma en la columna actual. Este es un historial de varios sistemas de su cuerpo y el conocimiento de estas condiciones puede influir en el tipo de tratamiento, terapia o derivación que pueda recibir.

Pasado	Presente	Condición	Pasada	Presente	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez / indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma Aórtico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestino Irritable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Mandíbula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de la Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del Control de la Vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Lumbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor / Bulto en los Senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda Medio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer, Explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descoordinación Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el Tobillo o el Pie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Parte Inferior de la Pierna o en la Rodilla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento / Hábitos Intestinales Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte superior del brazo o el codo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte superior de la pierna o la cadera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción Dolorosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Premenstrual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis / Eczema / Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo Menstrual Profuso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taquicardia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema (Trastorno Pulmonar Crónico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Hombro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular, fecha: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón / Rigidez de las Articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acúfenos (Ruidos de Oído)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor, Describir: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Manos (<input type="checkbox"/> Derecha, <input type="checkbox"/> Izquierda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones Visuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al Corazón, Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Muñeca

Historia familiar: si alguno de sus familiares directos tiene / ha tenido lo siguiente, marque la línea correspondiente.

	Madre	Padre	Hermano(s)	Hermana(s)
Cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Crónicos de Espalda:	<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"/>
Alta Presión Sanguínea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de Retina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide / Lupus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía o ha sido hospitalizado? No Sí, Describir: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Historial de Tabaquismo: Exfumador Nunca Fumó Fumador, Frecuencia: _____

¿Bebes alcohol No Sí, Frecuencia: _____

¿Tiene o ha tenido alcohol, drogas o otros tipos de adicción o dependencia? Sí No

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Centro Quiropráctico Berklich

Información Relacionada con Accidentes Automovilísticos

1. Fecha y Hora del Accidente: Data: _____ Horario: _____ AM ou PM
2. Era usted el: Conductor Asiento delantero Pasajero trasero Derecho Pasajero trasero Izquierdo
3. ¿Estaba usando el cinturón de seguridad / arnés de hombros? Sí No
4. ¿Lo detuvieron en el momento del accidente? Sí No
5. ¿Su vehículo sufrió daños visibles? Sí No
6. ¿Dónde sufrió daños su vehículo? Delantero Atrás Lado Derecho Lado Izquierdo
7. ¿Se inflaron las bolsas de aire a causa de este accidente? Sí No
8. ¿Había alguien más en el auto con usted? Sí No
- 8.1 ¿Fueron heridos? Sí No
9. ¿Recuerda alguna parte de su cuerpo golpeando algo dentro del vehículo? Sí No
- 9.1 En caso afirmativo, describa la parte del cuerpo golpeada y lo que golpeó:

10. ¿Se sorprendió o se dio cuenta de que el accidente estaba por ocurrir? Asombrado Consciente

11. Si recuerda dónde estaba observando el momento del impacto, describa:

Mirando hacia el futuro Mi Lado Derecho Mi Lado Izquierdo Otro, Describir:

12. En sus propias palabras, describa cómo ocurrió el accidente:

13. ¿Vinieron los técnicos de emergencias médicas al lugar del accidente? Sí No

14. ¿Fue atendido en el lugar del accidente? Sí No

15. ¿Fue trasladado a un centro médico / hospital por un técnico de emergencias médicas? No se Sim, informar el nombre del lugar / Hospital: _____

16. ¿Usted u otra persona lo llevó a un centro médico / hospital desde el lugar del accidente? No se Sim, informar el nombre del lugar / Hospital: _____

17. Como resultado de este accidente, ¿ha sido evaluado y tratado en algún centro de salud o por algún proveedor de atención médica?

No Sí es así, ¿quiénes fueron los proveedores y / o las instalaciones: _____

18. ¿Qué síntomas experimentó inmediatamente después del accidente? _____

19. ¿Qué síntomas tuvo en las siguientes horas? _____

20. ¿Qué síntomas tuvo a la mañana siguiente? _____

21. Desde el accidente, ¿qué nuevos síntomas o afecciones se han desarrollado y cuándo comenzó a notar estos síntomas?

22. Desde el accidente, ¿qué síntomas o condiciones que pudo haber tenido antes del accidente parecen haber empeorado?

23. Dibuja un breve bosquejo de las carreteras y dónde impactaron los autos / objetos. Etiqueta tu coche como "**YO**"