

# 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: \_\_\_\_\_

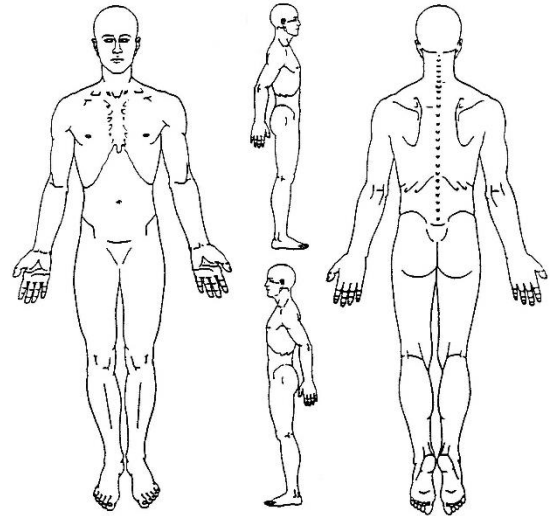
Fecha: \_\_\_\_\_

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

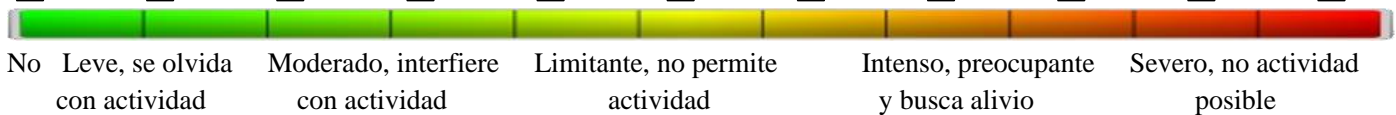
7. Durante las últimas 4 semanas, incluido el trabajo fuera del hogar y las tareas del hogar:

Indique la intensidad media de sus síntomas

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

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

- 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: \_\_\_\_\_