



INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

Clear Creek Chiropractic Center
624 W. Main Suite 102, League City, TX, 77573
(281) 525-4130

Por favor permítale a nuestro personal de oficina fotocopiar su
Licencia de conducir y tarjeta de seguro. Toda información provista por usted
es confidencial. Nosotros cumplimos con las normas y regulaciones Federales de Privacidad.
Por favor escriba con claridad.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)

¿Ha consultado a un Quiropráctico anteriormente?

No Si

¿Cuándo?

¿A quién le extendemos las gracias por referirle?

Género

Masculino Femenino

¿Quién?

Apellido

Número de Seguro Social

Primer Nombre

Segundo Nombre (inicial)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

Estado Civil:

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

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de la Casa

Nombre de su Cónyuge

Dirección de su Correo Electrónico

Teléfono de Celular

Nombre de su hijo/hija y Edad

Persona de contacto en caso de Emergencia

Teléfono Adicional

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Ocupación de Trabajo

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Empleador

¿Nos permite llamarle en su trabajo?

Si No

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Trabajo

Compañía de Seguro

Numero de Póliza

Nombre de su Medico Primario

Apellido del Asegurado

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

¿Quien es el portador
encargado de la póliza?

Si mismo Cónyuge
 Pariente

Primer Nombre

Segundo Nombre (inicial)

Empleador del Portador encargado de la póliza de Seguro

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Empleador

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

PAGE

1. Los síntomas que me promueven a buscar tratamiento en el día de hoy incluyen:

2. Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
En el trabajo
de Carro
Otro

- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
Es un interés de
Bienestar de Salud
Otro

3. Comienzo (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?)

4. Intensidad (¿Cuan intenso son sus síntomas actuales?)



5. Duración y Tiempo (¿Cuándo le comenzó y con qué frecuencia lo siente?)

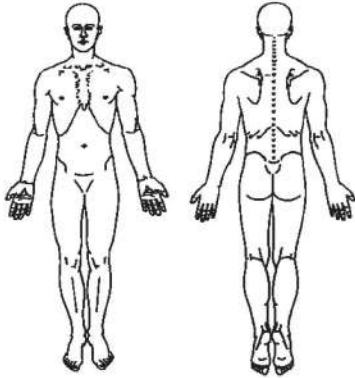
- Constante
Viene y Va. ¿Con qué frecuencia?

6. Calidad de Síntomas (¿Cómo Se siente?)

- Adormecido
Cosquilleo
Rigidez
Entumecimiento
Adolorido
Calambre
Molestia
Agudo
Ardiente/Quemazón
Pulsátil
Latiendo
Punzadas
Otro

7. Ubicación (¿Donde le Duele?)

Marque con "O" condición actual
Marque con "X" condición anterior



8. Radiación (¿Que otras aéreas del cuerpo le afectan?)

9. Factores que agravan o alivian (¿Qué mejora o empeora, tal como tiempo del día, movimientos, ciertas actividades, etc.?)

- ¿Qué le empeora el problema?
¿Qué le mejora el problema?

10. Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados
Cirugía
Hielo
Medicamentos sin receta
Acupuntura
Calor
Remedio Homeopático
Quiropráctico
Otro
Terapia Fisica
Masaje

11. ¿Qué mas debería Dr. Kim saber sobre su condición actual?

12. ¿Cómo le interfiere su presente condición para con su:

- Trabajo:
Actividades Recreacionales:
Responsabilidades del Hogar:
Relaciones Familiares:

13. Repaso de Síntomas

El cuidado quiropráctico se enfoca en la integridad de su sistema nervioso, el cual controla y regula su cuerpo Entero. Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted ha tenido o que sufre Actualmente y firme sus iniciales en la línea a la mano derecha.

a. Músculo esquelético

- Tenia/Tiene NINGUNO
Osteoporosis
Artritis
Escoliosis
Dolor de Cuello
Problemas de Espalda
Problema de Cadera
Heridas de la Rodilla
Dolor de Pie/Tobillo
Problemas de Hombro
Dolor del Codo / Muñeca
Problemas de Articulación Temporomandibular
Mala Postura
Iniciales

b. Neurológico

- Tenia/Tiene NINGUNO
Ansiedad
Depresión
Dolor de Cabeza
Mareos
Hormigueo
Entumecimiento
Iniciales

c. Cardiovascular

- Tenia/Tiene NINGUNO
Presión Alta
Presión Baja
Colesterol Alto
Mala Circulación
Dolor de Pecho
Contusiones Excesivas
Iniciales

d. Respiratorio

- Tenia/Tiene NINGUNO
Asma
Apnea
Enfisema
Fiebre del Heno
Falta de Aire
Neumonía
Iniciales

e. Digestivo

- Tenia/Tiene NINGUNO
Anorexia/Bulimia
Ulceras
Sensibilidad a los Alimentos
Acidez Estomacal
Estreñimiento
Diarrea
Iniciales

f. Sensoriales

- Tenia/Tiene NINGUNO
Visión Borrosa
Zumbidos en Los Oídos
La Pérdida de Audición
Infección crónica del oído
Perdida del Cabello
Pérdida del Gusto
Iniciales

g. Integumentario

- Tenia/Tiene NINGUNO
Cáncer de Piel
Psoriasis
Eczema
Acné
Caída del Cabello
Erupción/Sarpullido
Iniciales

Nombre del Paciente

Consultation Notes

Doctor's Initials



h. Endocrino

- Tenia/Tiene Problemas De Tiroides Enfermedades Inmunológicas Hipoglucemia Infecciones Frecuentes Glándulas Inflamada s Poca Energía NINGUNO

i. Genitourinario

- Tenia/Tiene Piedra en el Riñón Infertilidad Se orina en la cama Problemas de Frecuentes de Disfunción Eréctil Síndrome Premenstrual NINGUNO

j. Constitucional

- Tenia/Tiene Desmayos Libido Bajo Poco Apetito Fatiga Repentino cambio en peso Debilidad NINGUNO

Nombre del Paciente _____

Iniciales _____

Iniciales _____

Iniciales _____

Iniciales _____

Todo otro Síntoma es Negativo

Personal pasado, Historial de Familia y Social

Favor de indicar su historial pasado de salud, incluyendo accidentes, heridas, enfermedades y tratamientos. Favor de completar cada sección en su totalidad.

PERSONAL	14. Enfermedades Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.	15. Operaciones Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.	16. Tratamientos Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.
	Tenia/Tiene <input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDA <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Sacaron el Apéndice	Pasado <input type="radio"/> Presente <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Tifoidea	<input type="radio"/> Cirugía de Derivación Coronaria	<input type="radio"/> Acupuntura
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ulceras	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Antibióticos
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Arteriosclerosis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Cirugía Cosmética	<input type="radio"/> Pastillas Anticonceptiva
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer _____	<input type="radio"/> Cirugía Electiva: _____	<input type="radio"/> Transfusiones de Sangre
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Varicela _____	<input type="radio"/> Cirugía de los Ojos	<input type="radio"/> Quimioterapia
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes _____	<input type="radio"/> Histerectomía	<input type="radio"/> Quiropráctico
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia _____	<input type="radio"/> Marcapaso	<input type="radio"/> Diálisis
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma _____	<input type="radio"/> Espina Dorsal _____	<input type="radio"/> Hierbas
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Bocio _____	<input type="radio"/> Amigdalectomía	<input type="radio"/> Homeopáticos
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Gota _____	<input type="radio"/> Vasectomía	<input type="radio"/> Remplazo Hormonal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca _____	<input type="radio"/> Otro: _____	<input type="radio"/> Inhalador
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis _____		<input type="radio"/> Masajes
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Malaria _____		<input type="radio"/> Terapia Física	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarampión _____		<input type="radio"/> Suplementos Naturales:	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple _____		Lista: _____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Las Paperas _____			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Polio _____			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática _____		<input type="radio"/> <input type="radio"/> Medicamentos: _____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Escarlatina _____			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedades Sexuales _____			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Derrame Cerebral _____			
	17. Heridas Alguna vez ha tenido...		
	<input type="radio"/> Hueso Roto o fracturado <input type="radio"/> Que Usar Muletas		
	<input type="radio"/> Problema de Columna/Nervios <input type="radio"/> Que Usar Cuellera		
	<input type="radio"/> Pérdida de Consciencia <input type="radio"/> Respaldo Lumbar		
	<input type="radio"/> Golpes en un Accidente <input type="radio"/> Un Tatuaje / Perforación		

Consultation Notes

18. Historial de Familia

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígale a Dr. Kim sobre la salud de sus familiares inmediatos.

FAMILIA	Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud		Enfermedades	Edad al Morir	Causa de Muerte	
			Buena /	Pobre			Natural/Enfermedad	
	Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ¿Existen alguna otra enfermedad de salud que sea hereditaria? _____

20. Historial Social

Favor de anotarle a Dr. Kim sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.

SOCIAL	Uso de Alcohol <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	Oración o Meditación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Café <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	Presión/Estrés en el Trabajo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Tabaco <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	Paz Financiera <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Ejercicios <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	¿Vacunado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Medicamentó para el Dolor <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	Calzas de Mercurio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Refrescos/Soda <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	Drogas Recreacionales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Consumo de Agua <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal ¿Qué Cantidad? _____	

Pasatiempos/Aficiones _____

Doctor's Initials _____



21. Actividades de Vida cotidiana

¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	○	○	○	○
Levantándose de una silla	○	○	○	○
Parado	○	○	○	○
Caminando	○	○	○	○
Acostado	○	○	○	○
Doblándose	○	○	○	○
Subiendo las escaleras	○	○	○	○
Usando la computadora	○	○	○	○
Montándose/Bajándose del Automóvil	○	○	○	○
Manejando el Automóvil	○	○	○	○
Mirando por encima del Hombro	○	○	○	○
Cuidando a su Familia	○	○	○	○

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	○	○	○	○
Tareas del Hogar	○	○	○	○
Levantando Objetos	○	○	○	○
Alcanzando cosas altas	○	○	○	○
Bañándose / Duchándose	○	○	○	○
Vistiéndose	○	○	○	○
Vida Intima	○	○	○	○
Logrando el Sueño	○	○	○	○
Manteniéndose Dormido	○	○	○	○
Concentrándose	○	○	○	○
Haciendo Ejercicios	○	○	○	○
Trabajando en el Patio	○	○	○	○

Nombre del Paciente _____

22. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? _____ 23. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? _____ Horas

24. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? _____ 25. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? _____

26. ¿Describe sus hábitos de alimentación? Olvido Desayuno Dos comidas diarias Tres Comidas diarias Meriendo entre comidas

27. ¿Qué sería lo más significativo que haría para mejorar su salud? _____

28. Además del motivo de su visita, ¿Qué otras metas de salud tiene usted? _____

Consultation Notes

Aceptación

Para establecer expectativas claras, mejorar la comunicación y ayudarle a obtener los mejores resultados en el tiempo más razonable, por favor lea e indique con sus iniciales que usted ha entendido y está de acuerdo.

Iniciales _____ Yo le autorizo al Quiropráctico a que aplique el tratamiento, que bajo su opinión profesional, mejor me pueda ayudar a restaurar mi salud. Además comprendo que el cuidado quiropráctico que me sea brindado en esta clínica está basado en la mejor evidencia disponible y diseñado para reducir o corregir la subluxación vertebral. La Quiropráctica es un arte curativo que es distinto e independiente de la medicina y no proclama a curar ninguna enfermedad.

Iniciales _____ Yo tengo el derecho de solicitar una copia de los "Derechos de Privacidad" y entiendo que en ellos se describe como mi información de salud es protegida y suministrada en mi representación para el reembolso de cualquier otra tercera entidad.

Iniciales _____ Yo entiendo que un examen de radiografía (RAYOS-X) puede ser dañino a una criatura en el vientre. Por lo cual Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento que no estoy en estado de embarazo. El primer día de mi último ciclo menstrual fue: (MM/DD/Año): _____

Iniciales _____ Yo autorizo que se me llame para confirmar o cambiar mi cita y que se me envíe correspondencia por correo postal o electrónico como una extensión de mi cuidado de salud de esta oficina.

Iniciales _____ Yo acepto que cualquier seguro de salud que yo pueda tener es un acuerdo entre esa compañía de seguro y mi persona. Yo me hago personalmente responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba al no ser cubierto o pagado por la compañía de seguro.

Iniciales _____ En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.

Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo: _____

Doctor's Initials



Firma _____

Fecha (MM/DD/AÑO) _____