



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

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 Sí

¿A quién le extendemos las gracias por referirle?

¿Cuándo?

¿Quién?

Edad **Género**
 Masculino Femenino

Raza
 Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawaii Otro – Isleño del Pacífico Otro Blanco
 Prefiero no responder

Etnicidad
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
 Prefiero no responder

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

Apellido

Uso de Tabaco

Nunca he fumado Ex Fumador
 Fumador – Todos los días Fumador – Uno que otro día
 Fumador Empedernido Fumador Leve

Primer Nombre

Segundo Nombre (inicial)

Dirección

Estado Civil: Casado(a)
 Soltero(a) Divorciado(a)
 Viudo(a) Separado(a)

Ciudad

Estado

Código Postal

Preferred Language

Teléfono de la Casa

Teléfono de Celular

Nombre de su Cónyuge

Dirección de su Correo Electrónico

Nombre de su hijo/hija y Edad

Persona de contacto en caso de Emergencia

Teléfono Adicional

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Profesión/Ocupación

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Empleador

Teléfono del Trabajo

Dirección

¿Nos permite llamarle en su trabajo?
 Sí No

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Cómo prefiere nos comuniquemos con usted?
 Teléfono de la Casa Teléfono de Celular
 Teléfono del Trabajo Correo Electrónico / E-mail

Nombre de su Médico Primario

CONFIDENTIAL HEALTH INFORMATION

Por favor describa su Condición Primaria en el espacio delineado para tal efecto. Use los espacios delineados en Condición Secundaria y Condiciones Adicionales si estas aplican en su caso.

Condicion Primaria

El síntoma primordial por el cual estoy buscando cuidado hoy es: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

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

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

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

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

Condicion Secundaria

El síntoma secundario por el cual estoy buscando cuidado hoy es: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

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

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

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

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

Condiciones Adicionales

Los síntomas adicionales por los cuales estoy buscando cuidado hoy son: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

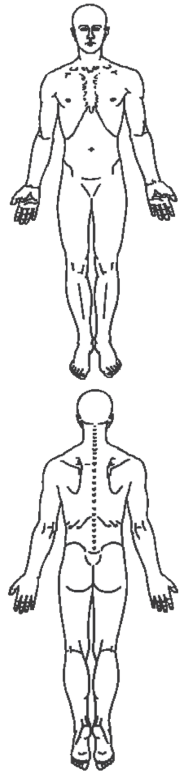
- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
 Es un interés de Bienestar de Salud
 Otro _____

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

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

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

Ubicación
 (¿Dónde le Duele?)
 Marque con "O" condición actual
 Marque con "X" condición anterior



1. ¿Qué más debería Dr. Adler saber sobre su condición actual? _____

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

Trabajo: _____

Actividades Recreacionales: _____

Responsabilidades del Hogar: _____

Relaciones Familiares: _____

3. 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 | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Escoliosis | <input type="radio"/> Dolor de Cuello | <input type="radio"/> Problemas de Espalda | <input type="radio"/> Problema de Cadera | |
| <input type="radio"/> Heridas de la Rodilla | <input type="radio"/> Dolor de Pie/Tobillo | <input type="radio"/> Problemas de Hombro | <input type="radio"/> Dolor del Codo / Muñeca | <input type="radio"/> Problemas de Articulación Temporomandibular | <input type="radio"/> Mala Postura | Iniciales _____ |

b. Neurológico

- | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza | <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Entumecimiento | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

c. Cardiovascular

- | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Presión Alta | <input type="radio"/> Presión Baja | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Mala Circulación | <input type="radio"/> Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Contusiones Excesivas | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

d. Respiratorio

- | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Apnea | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Fiebre del Heno | <input type="radio"/> Falta de Aire | <input type="radio"/> Neumonía | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

e. Digestivo

- | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Anorexia/Bulimia | <input type="radio"/> Ulceras | <input type="radio"/> Sensibilidad a los Alimentos | <input type="radio"/> Acidez Estomacal | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Diarrea | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

f. Sensoriales

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Visión Borrosa | <input type="radio"/> Zumbidos en Los Oídos | <input type="radio"/> La Pérdida de Audición | <input type="radio"/> Infección crónica del oído | <input type="radio"/> Pérdida del Cabello | <input type="radio"/> Pérdida del Gusto | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

g. Integumentario

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | Tenia/Tiene | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Cáncer de Piel | <input type="radio"/> Psoriasis | <input type="radio"/> Eczema | <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Caída del Cabello | <input type="radio"/> Erupción/Sarpullido | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

Nombre del Paciente _____

Patient Number
 (office use only)

Doctor's Initials _____

Adler Comprehensive
 Chiropractic, LLC
 Dr. David N. Adler

(Continued from previous page)

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 Disfunción Eréctil Síndrome Premenstrual NINGUNO

j. Constitucional

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

Nombre del Paciente _____

Patient Number (office use only) _____

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.

4. Enfermedades		5. Operaciones		6. Tratamientos	
Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.		Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.		Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.	
Tenia/Tiene	Tenia/Tiene			Pasado	Presente
<input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDA	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Sacaron el Apéndice	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Acupuntura	<input type="radio"/>	<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"/> <input type="radio"/> Antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ulceras	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Pastillas Anticonceptivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Arteriosclerosis	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Cirugía Cosmética	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Transfusiones de Sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer		<input type="radio"/> Cirugía Electiva: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Quimioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Varicela			<input type="radio"/> <input type="radio"/> Quiropráctico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes	7. Alergias	<input type="radio"/> Cirugía de los Ojos	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia	Es usted alérgico a algún medicamento?	<input type="radio"/> Histerectomía	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hierbas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Marcapaso	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Homeopáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Bocio	En caso de responder afirmativamente, por favor liste las alergias acá:	<input type="radio"/> Espina Dorsal _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Reemplazo Hormonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Gota	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Inhalador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca	_____	<input type="radio"/> Amigdalotomía	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Masajes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis	_____	<input type="radio"/> Vasectomía	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapia Física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Malaria	_____	<input type="radio"/> Otro: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Medicamentos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarampión	_____	_____	(Por favor indique abajo todas las prescripciones, medicamentos sin prescripción, suplementos naturales, enzimas, vitaminas y minerales):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Las Paperas	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Polio	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática	8. Heridas	<input type="radio"/> Que Usar Muletas	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Escarlatina	Alguna vez ha tenido...	<input type="radio"/> Que Usar Cuellera	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedades Sexuales	<input type="radio"/> Hueso Roto o fracturado	<input type="radio"/> Respaldo Lumbar	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Problema de Columna/Nervios	<input type="radio"/> Un Tatuaje / Perforación	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Pérdida de Consciencia		_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Golpes en un Accidente		_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consultation Notes

9. Historial de Familia

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígame a Dr. Adler 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"/>

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

11. Historial Social

Favor de anotarle a Dr. Adler 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 _____

Adler Comprehensive Chiropractic, LLC
Dr. David N. Adler

12. 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 _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantándose de una silla _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblándose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiendo las escaleras _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando la computadora _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montándose/Bajándose del Automóvil _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando el Automóvil _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando por encima del Hombro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a su Familia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas del Hogar _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando Objetos _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando cosas altas _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañándose / Duchándose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiéndose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Intima _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logrando el Sueño _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniéndose Dormido _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrándose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo Ejercicios _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando en el Patio _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre del Paciente _____

Patient Number
(office use only)

13. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? _____ 14. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? _____ Horas

15. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? _____ 16. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? _____

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

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

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

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 _____ 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: _____

Firma _____

Fecha (MM/DD/AÑO) _____

Consultation Notes

Doctor's Initials

Adler Comprehensive
Chiropractic, LLC
Dr. David N. Adler