

# NUEVO CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Hoy fecha: \_\_\_\_\_

**BIENVENIDA:** El médico y el personal le dan la bienvenida y quieren que le brinde la mejor atención posible. Realizaremos una historia clínica y un examen físico completos para decidir si podemos ayudarlo. Si creemos que su afección no responderá a nuestra atención, lo derivaremos al proveedor de atención médica correspondiente. Si es candidato para recibir atención en esta oficina, se recomendará un plan de tratamiento que se adapte a sus necesidades individuales.

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete la siguiente información en su totalidad. La información enviada en este formulario es estrictamente confidencial. Si tiene dificultades para comprender alguna parte de esto, solicite ayuda. Si la pregunta no le pertenece, simplemente escriba N / A para no aplicable.

## **INFORMACION PERSONAL:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_

**Código postal** \_\_\_\_\_

**Estado civil (x):**  Divorciado  Casado  Soltero  Separado  Viudo

**Sexo (x):**  Hombre /  Mujer **Teléfono de casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Seguridad Social #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Nombre de la esposa:** \_\_\_\_\_

**Empleador / Estado de empleo**  Empleado  Parado  Tiempo completo /  Estudiante a tiempo parcial  Otro

## **Información de Contacto en caso de Emergencia**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE PAGO / SEGURO:**

**¿La (s) condición (es) que lo trajo aquí hoy se debe a un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo?**

Sí  No

**¿Quién además de usted es responsable de su factura?**  Pago propio  Seguro de salud  Compensación al trabajador

Seguro de automóvil  Otro (sea específico): \_\_\_\_\_

**Proveedor de seguro médico personal:** \_\_\_\_\_ **Número de tarjeta de identificación médica:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona asegurada:** \_\_\_\_\_ **N. ° de grupo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de la persona asegurada:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Número de seguro social de la persona asegurada:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros de automóvil o compensación de trabajadores y número de reclamo:** \_\_\_\_\_

## **QUEJA PRIMARIA:**

**¿Cuándo empezó?** \_\_\_\_\_

**Describa la condición:** \_\_\_\_\_

**¿Qué crees que causó el problema?** \_\_\_\_\_

**Califique el dolor del 1 al 10: En el peor de los casos** \_\_\_\_\_ **En el momento actual** \_\_\_\_\_ **Al menos severo** \_\_\_\_\_

**¿Viaja el dolor?**  Sí  No **En caso afirmativo, ¿de dónde a dónde?** \_\_\_\_\_

**¿Está empeorando la condición?**  Sí  No

**Enumere las actividades que esta condición le impide realizar.** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguro.

**AUTORIZACIÓN DE CESIÓN:**

Autorizo el pago de beneficios médicos a In Motion Chiropractic, PC, Dr. Darren Mollo por los servicios prestados a mí.

**ACEPTACIÓN COMO PACIENTE:**

Entiendo y acepto que esta oficina tiene el derecho de negarse a aceptarme como paciente en cualquier momento antes de que comience el tratamiento, o terminar mi atención como paciente si en el curso del tratamiento no sigo el plan de tratamiento para mi condición, o ser derivado a otro proveedor de salud si el médico lo considera médicamente necesario. Entiendo que la obtención de un historial y la realización de un examen físico no se consideran un tratamiento, pero son parte del proceso de información.

reunirse para que el médico pueda determinar si me acepta como paciente.

**INFORMED CONSENT FOR CHIROPRACTIC TREATMENT**

PARA EL PACIENTE: Tiene derecho a ser informado sobre su afección, el tratamiento quiropráctico recomendado y los beneficios y riesgos del tratamiento. Esta información le ayudará a tomar una decisión informada. Al igual que con todas las formas de tratamiento, desde tomar un medicamento de venta libre, recibir terapia de masaje o terapia de ejercicio, hasta tratamiento médico y procedimientos invasivos e incluso no hacer nada en absoluto, su elección conlleva beneficios y riesgos.

Solicito y doy mi consentimiento para los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de terapia de rehabilitación. El tratamiento quiropráctico puede ser realizado por In Motion Chiropractic, P.C. y el Doctor en Quiropráctica, Dr. Darren T. Mollo, y / o el Doctor en Quiropráctica con licencia, quien se desempeña como respaldo del Doctor en Quiropráctica.

Entiendo que existen algunos riesgos para el tratamiento quiropráctico que incluyen, entre otros, esguinces, distensiones, dislocaciones, fracturas, agravamiento de la condición, sin mejoría y quemaduras o congelación por la terapia de rehabilitación. En casos extremadamente remotos se han reportado complicaciones de lesión vertebra-vascular (accidente cerebrovascular) cuando un paciente recibe un ajuste cervical.

No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones. También entiendo que no se me han hecho garantías ni promesas con respecto a los resultados esperados del tratamiento.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el plan de tratamiento. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el tratamiento de mi afección actual.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Representante / intérprete del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Relacion:** \_\_\_\_\_

**Doctor firma:** \_\_\_\_\_

Representante / intérprete del paciente firma: \_\_\_\_\_