

**• WEST CHICAGO FAMILY CHIROPRACTIC CASO DE HISTORIA/
INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha: _____

Nombre: _____ # de Seguro Social: _____ Tel del Hogar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ # de Fax: _____ # Celular: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Estado Civil: () Casado () Soltero () Viudo () Divorciado

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____ Numero de # de Empleador: _____

Esposo(a): _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

¿Cuántos hijos tiene? _____ Nombres y Edades de hijos: _____

Nombre de familiar que vive mas cerca: _____ Dirección: _____ # Tel: _____

¿Como fue referido a nuestra oficina? _____

Doctor Familiar: _____

Cuando doctores trabajan juntos le beneficia a usted. ¿Tenemos permiso para informarle a su doctor familiar de sus avances médicos en nuestra oficina? _____

Por favor señale cualquier y todo tipo de aseguranza que le aplique en este caso:

____ Aseguranza Medica Comercial ____ Medicare ____ Compensación del Trabajador

____ Cuenta de Ahorro Médicos & Gastos Médicos ____ Otro

Nombre de Compañía de Aseguranza Primaria: _____

Nombre de Compañía de Aseguranza Secundaria: _____

AUTORIZACION: Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a la oficina de quiropráctico o quiropráctica. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos de cabecera y otros proveedores de atención médica y pagadores, y para asegurar el pago de las prestaciones. Yo entiendo que soy responsable por todos los costos del cuidado quiropráctico, sin tener en cuenta la cobertura de seguridad. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado de atención determinado por el médico tratante, el pago por servicios profesionales será inmediatamente debido y pagadero.

El paciente entiende y esta consiente a dejar que seta oficina quiropráctica use su Información Sobre el Paciente con el propósito de tratamiento, pago, obra de cuidado de salud y coordinación de pago. Queremos que sepa como su Información Sobre el Paciente será utilizada en esta oficina y sus derechos sobre esos informes. Si usted gusta una cuenta más detallada sobre estas pólizas y procedimientos acerca su Información del Paciente le animamos a leer la NOTICIA de HIPPA que esta dispuesta para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento. Las siguientes persona(s) tienen mi permiso de recibir mi información de cuidado personal:

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Guardián Autorizando Cuidado: _____

Fecha: _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES PRESENTES O PASADAS:

Queja Principal: Propósito de esta cita: _____

Fecha que los síntomas aparecieron o fecha de accidente: _____

Esto es dado a: Accidente de Carro _____ Trabajo _____ Otro _____

¿Ha tenido anteriormente esta condición o una condición similar? Si No En caso afirmativo, cuando y describa: _____

Días perdidos en el trabajo: _____ Fecha de su ultimo examen físico: _____

¿Tiene un historial de ataque cerebrovascular o tensión alta? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad de importancia, lesiones, caídas, accidentes automovilísticos o cirugías? Mujeres por favor incluya información de partos (incluya fechas): _____

¿Ha sido tratado por alguna condición de salud por un medico en el ultimo año? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Que medicamentos esta tomando ahora? _____

¿Tiene alergia a algún medicamento? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene alguna alergia de alguna clase? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene usted alguna condición congénita? Si No En caso afirmativo, describa: _____

Mujeres: ¿Esta usted embarazada? _____

¿Ha tenido o tiene ahora cualquiera de los siguientes síntomas o condiciones? Por favor, indique con la letra **N** si usted tiene estas condiciones ahora o una **P** si usted ha tenido estas condiciones anteriormente.

		N = Ahora		P= Anteriormente
Dolor de cabeza _____	Frecuencia _____	Perdida de Balance _____	_____	Timbrido en los Oídos _____
Dolor de cuello _____	_____	Desmayos _____	_____	Zumbido en los Oídos _____
Rigidez de cuello _____	_____	Perdida del Olfato _____	_____	Problemas de Circulación _____
Problemas para dormir _____	_____	Perdida de Gusto _____	_____	Huesos Rotos/ Fracturas _____
Dolor de espalda _____	_____	Pies Fríos _____	_____	Reuma Articular _____
Nerviosismo _____	_____	Manos Frías _____	_____	Convulsiones/ Epilepsia _____
Tensión _____	_____	Artritis _____	_____	Presión Baja _____
Irritabilidad _____	_____	Espasmo Muscular _____	_____	Osteoporosis _____
Dolor de Pecho/Opresión _____	_____	Resfriados Frecuentemente _____	_____	Marcapasos _____
Mareos _____	_____	Fiebres _____	_____	Enfermedad del Corazón _____
Dolor de Hombro/Cuello/Brazo _____	_____	Problemas de Sinusitis _____	_____	Ataque Cerebrovascular _____
Entumecimiento Dedos de Mano _____	_____	Diabetes _____	_____	Cáncer _____
Entumecimiento Dedos del Pie _____	_____	Perdida de Memoria _____	_____	Sangramiento Excesivo _____
Presión Alta _____	_____	Depresión _____	_____	Osteoartritis _____
Dificultad al Orinar _____	_____	Problemas de Indigestión _____	_____	Hernia _____
Debilidad en Extremidades _____	_____	Dificultades Menstruales _____	_____	Tos con Sangre _____
Problemas de Respiración _____	_____	Perdida/Aumento de Peso _____	_____	Trastornos de Alimentación _____
Fatigues _____	_____	Dolor/Inflamación de Articulaciones _____	_____	Alcoholismo _____
Molestia con la Luz _____	_____	Movimientos inusuales del Intestino _____	_____	Adición de Drogas _____
VIH Positivo _____	_____	Problemas de la Vesícula _____	_____	Ulceras _____

Patient Acknowledgement and Receipt of Notice of Privacy Practices Pursuant to HIPAA and Consent for Use of Health Information

Nombre _____
Nombre del Paciente

Fecha _____

El/La abajofirmante, por este medio reconoce que el/ella a recibido una copia proveida por nuestra oficina del Caso de Privacidad Prácticas de Conformidad proporcionada por HIPAA y ha sido avisado de que una copia complete del Manual de Conformidad de HIPAA esta disponible si es pedida.

El/La abajofirmante, por este medio da su consentimiento del uso de su informacion medica de una manera consistente con el Caso de Privacidad Prácticas de Conformidad proporcionada por HIPAA, el Manual de Conformidad de HIPAA, Ley Estatal, y Ley Federal.

Firmado _____ dia de _____, 20 _____.

Por _____
Firma del Paciente

Si el paciente es menor de edad o bajo tutela tal como se define con la Ley Estatal.

Por _____
Firma del Padre/Guardian (Círcule Uno)

West Chicago Family Chiropractic, Ltd.
Michael L. Bauer, D. C.
171A N. Neltnor Blvd.
West Chicago, IL 60185
(630) 231-0777 Fax (630) 231-0667

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

**QUE ES LO QUE SE PUEDE ESPERAR DESPUES DE SU PRIMER
AJUSTE.**

**Por favor lea la siguiente información cuidadosamente. Firme al final de la hoja para
indicar que entendió las instrucciones y la información que se le dio.**

1. Si esta adolorido use paquetes de hielo en el área afectada. La terapia de hielo consiste en el uso de paquetes de hielo por 15 min y dejarlos de usar por 45 min. Esta terapia la puede repetir dependiendo de cuanto lo necesite. No aplique el hielo directo a la piel. Siempre proteja la piel cubriéndosela con una camisa o toalla. Siempre cubra el paquete de hielo con una toalla gruesa para retener el frio.
2. Nunca use una compresa caliente o parche caliente al menos que el doctor le halla dado instrucción para hacerlo. El calor puede empeorar su lesion.
3. No cargue nada pesado o haga movimientos repetitivos hasta que el doctor le indique que esta listo para sus actividades normales. Manténgase alejado de cualquier ejercicio vigoroso como correr, levantar pesas, aerobics, tenis, esquiar, jugar boliche, todo esto debe ser evitado. Otras cosas que tiene que evitar es el trabajo de la yarda, como escarbar o cargar objetos pesados como las mascotas o niños o cualquier actividad que pueda empeorar o lastimarle mas.
4. A menos que sea indicado por el doctor, puede regresar a la escuela/trabajo después de su cita.

He leído y entendido las instrucciones

Nombre _____

Fecha _____

DOCTOR _____

DATE OF VISIT ___/___/20___ Patient _____ Age _____

Check ONE: _____ INITIAL EXAMINATION _____ RE-EVALUATION _____ NEW CONDITION

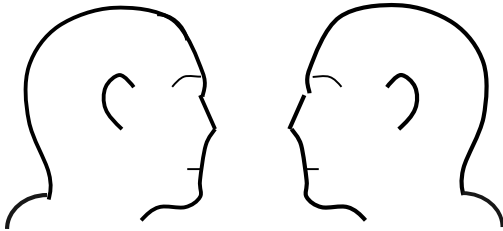
FOR INITIAL EXAMINATION OR NEW CONDITION, Please give first date you noticed symptoms _____

FOR INITIAL EXAMINATION OR NEW CONDITION, What is your major complaint? _____

SUBJECTIVE PAIN ASSESSMENT

Right

Left



RATE YOUR PAIN

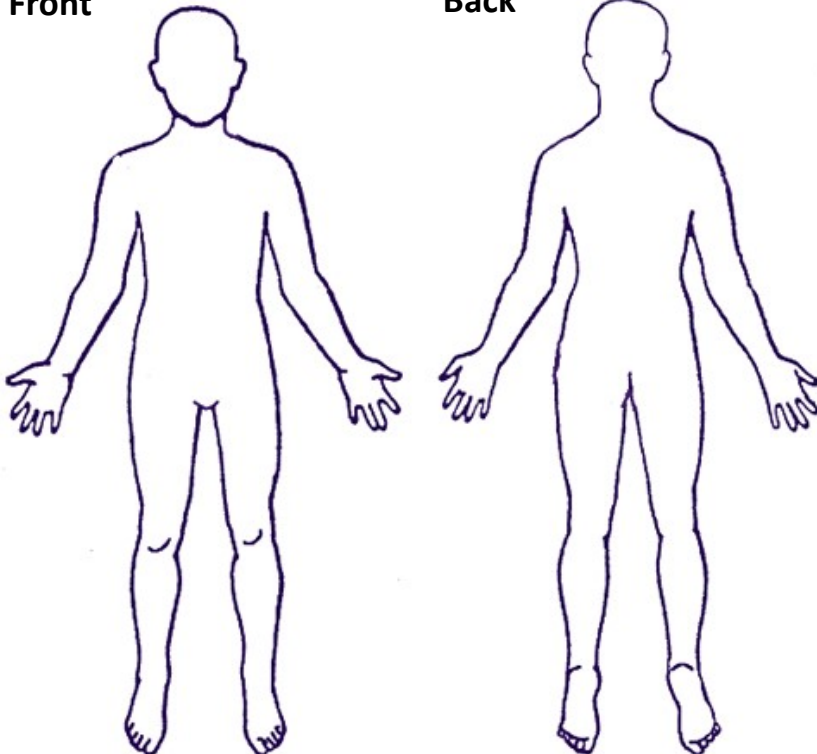
Place an "X" on the drawings to the left wherever you have pain. Beside the "X" indicate the type of pain you are experiencing:

- A=Ache
- B=Burning
- ST=Stabbing
- SP=Spasm
- N=Numbness
- P=Pins and Needles
- T=Throbbing

(Example: XST between your shoulders mean you have stabbing pain between your shoulders)

Front

Back



PAIN SCALE: Please circle the number that best describes your overall pain:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10+

NONE LITTLE MEDIUM SEVERE EXCRUCIATING

PATIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

DATE
