

## **Solicitud Para Cuidado: Minnesota Family Chiropractic**

### **Datos Demográficos del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Teléfono Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Estado Civil:  Soltero  Casado  Pareja Tienes Azeguranza?  Sí  No  
# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ # de Licencia: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Cantidad y Edades de Hijos: \_\_\_\_\_  
Nombre y Número de Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### **Historial De Queja**

Por Favor Identifique Las Condiciones Que Lo Trajeron Al Consultorio: Primera: \_\_\_\_\_  
Segunda: \_\_\_\_\_ Tercera: \_\_\_\_\_ Cuarta: \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10, siendo 10 el peor y 0 nada de dolor, califique su queja marcando el número con un círculo:

La queja principal es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La segunda queja es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tercera queja: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuarta queja es: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuándo comenzaron los problemas? \_\_\_\_\_

Cuándo empeoran los problemas?  AM  PM  medio día  en la noche

Cuánto duran? Constante? O es intermitente durante el día? O va y viene durante la semana?

---

Cómo ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_

Su condición ha sido tratada por alguien? Sí or No En caso que Sí, cuándo? \_\_\_\_\_ Por quién? \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo estuvo en tratamiento? \_\_\_\_\_

Que fueron los resultados? \_\_\_\_\_

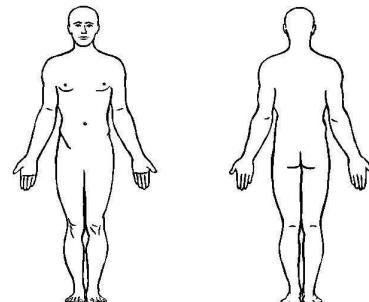
Nombre de quiropráctico anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ File#/HRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- POR FAVOR MARQUE las áreas del diagrama con las siguientes letras que indiquen sus síntomas:

I= Irradiado A= Ardor S= Sordo C= Constante

E= Entumecimiento P= Punzante H= Hormigüeo



Qué Alivia sus síntomas? \_\_\_\_\_

Qué los empeora? \_\_\_\_\_

ENUMERE ACTIVIDAD RESTRINGIDA: NIVEL DE ACTIVIDAD ACTUAL: NIVEL DE ACTIVIDAD NORMAL:

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Su problema es resultado de CUALQUIER tipo de accidente? Sí or No

Identifique cualquier otra lesión que tuvo en su columna, importante o no, que la doctora deba saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Antecedentes

Ha sufrido este problema o alguno similar en el pasado? Sí or No En caso de Sí, cuántas veces? \_\_\_\_\_

Cuándo fue la última ocurrencia? \_\_\_\_\_ Cómo ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_

Otras formas de tratamiento:  Sí  No En caso de Sí, cuántas veces? \_\_\_\_\_

Quién se lo realizó: \_\_\_\_\_ Hace cuánto? \_\_\_\_\_

Cuales fueron los resultados?  Favorable  Desfavorables Explique: \_\_\_\_\_

Por favor indique todos los trabajos que ha tenido en el pasado que provocaron estrés en usted y en su cuerpo: \_\_\_\_\_

Si ha sido diagnosticado con qualquiera de las siguientes condiciones, por favor indique con una **P** para pasadas, **A** para actuales y **N** para nunca ha presentado:

Fracturas  Dislocaciones  Tumores  Artritis reumatoide  Discapacidad  Fisuras

Cancer  Osteoartritis  Diabetes  Accidente cerebrovascular  Otras condiciones

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ File#/HRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	HACE CUÁNTO	TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA	POR QUIÉN
LESIONES			
ENFERMEDADES ADULTEZ			
ENFERMEDADES DE NIÑEZ			
CIRUGÍAS			

POR FAVOR identifique las condiciones PASADAS y CORRIENTES que usted sienta que contribuyen con sus sintomas:

#### ANTECEDENTES SOCIALES

1. Fumar:     Cigarros puros     Pipas     Cigarillos  
Frecuencia?     A diario     Fines de Semana     Ocasional     Nunca
2. Bebidas alcohólicas  
     A diario     Fines de Semana     Ocasional     Nunca
3. Drogas recreativas:  
     A diario     Fines de Semana     Ocasional     Nunca

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Alguien en su familia sufre el mismo problema?   Sí or NO  
En caso de sí :    Abuela    Abuelo    Madre    Hermana(s)    Hermanos(s)  
                       Hijos(s)    Hijas(s)
2. Cualquier otra condición hereditaria que el medico debería saber > \_\_\_\_\_

Yo autorizo a que se haga el pago directamente a MN Family Chiropractic de todos los beneficios que puedan ser pagables bajo un plan médica o por parte de cualquier otra fuente colateral. Autorizo el uso de esta solicitud o copias de la misma para el propósito de procesar quejas y efectuar pagos y para reconocer que esta asignación de beneficios de ninguna manera me alivia de cualquier responsabilidad de pago y que seguiré haciéndome financieramente responsable con MN Family Chiropractic para cualquier y todos los servicios que reciba en este consultorio.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del doctor

\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ File#/HRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

Cuándo fue su accidente de auto mas reciente? \_\_\_\_\_

Cuantos accidentes de auto ha tenido? \_\_\_\_\_

A qué velocidad ocurrió el choque? \_\_\_\_\_

Tipo de impacto: Impacto Frontal / Impacto Lateral / Impacto Trasero \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su accidente mas reciente en su trabajo? \_\_\_\_\_

Por favor describa la lesión \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento? Por favor describallo \_\_\_\_\_

Su trabajo require que permanezca en posiciones incómodas por mucho tiempo? \_\_\_\_\_

(Por ejemplo: estar sentado todo el día, levantamientos repetitivos, uso de computadora)

Ha sufrido un trauma vertebral en el pasado? \_\_\_\_\_

Deportes de choque, de reflejos, o movimiento repetitivo: fútbol, fútbol americano, béisbol, tenis, golf \_\_\_\_\_

Trauma en la niñez. Por ejemplo: caída con golpe en la cabeza, impacto en la cabeza, contusión, caída con golpe en espalda o coxis, accidente de bicicleta \_\_\_\_\_

Trabajo en casa: levantar cosas, inclinarse, dolores de espalda \_\_\_\_\_

### Por favor marque P para Pasado, C para Corriente, o N para Nunca

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Embarazo (actual)	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Resfriado frecuente	<input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Reflujo gástrico
<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Desmallos	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Problemas al dormir
<input type="checkbox"/> Dolor de hombros	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Problemas de colon	<input type="checkbox"/> Presión alta
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Presión baja
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/> Dolor al toser	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Problemas de menopausia	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/> Problemas en las rodillas o pies	<input type="checkbox"/> Problemas al oír	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales	<input type="checkbox"/> Problemas al respirar
<input type="checkbox"/> Dolor de cadera	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> Problemas de riñones
<input type="checkbox"/> Curvatura de espalda	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Mojarse la cama	
<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas en la piel	<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Problemas al aprender	<input type="checkbox"/> Problemas en la vesícula
<input type="checkbox"/> Entumecimiento de manos, brazos, piernas	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Problemas de comer	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C)	
	<input type="checkbox"/> Problemas con el hígado			

**Actividades dirarias/ Sintomas/ Medicamento****Actividades diarias: Efectos de condiciones actuales**

Por favor identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad de hacer actividades que son parte de su rutina diaria:

Agacharse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Concentrarse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Trabajo de computadora	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Jardinería	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Jugar deportes	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Actividades recreativas	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Usar pala	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Dormir	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Ver tele	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Cargar algo	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Bailar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Vestirse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Levantar algo	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Empujar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Darse la vuelta	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Sentarse	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Estar de pie	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Trabajar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Subir escaleras	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Hacer oficios	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Manejar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Actividad sexual	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Leer	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Correr	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Ponerse de pie	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo
Caminar	Sin efecto	Doloroso (se puede)	Doloroso (limitado)	No puede hacerlo

Enumere medicamentos recetados y no recetados que toma:

---



---



---



---



---



---

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ File#/HRN \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Minnesota Family Chiropractic – Consentimiento Informado y Privacidad  
Del Consultorio**

**Respecto a Ajustamientos, Modalidades, y Terapia Quiropráctica:**

Se me ha notificado que el cuidado quiropráctico, al igual que cualquier otra forma de cuidado de la salud, involucra ciertos riesgos. Aunque en general el riesgo es mínimo, en casos raros, pueden ocurrir complicaciones como lesiones por presión, irritación de una condición de un disco, y aunque rara vez también fracturas menores, y posibles golpes, a una tasa que va de uno en un millón a uno en dos millones, y que se han asociado a ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y, cualquier otro procedimiento ejecutado en Minnesota Family Chiropractic me han sido explicados hasta estar satisfecho y he manifestado mi entendimiento sobre ambas cosas al doctor. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para ser tratado usando cualquier medio, método, y/o técnicas, que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento del curso entero de mi cuidado clínico.

**Respecto A Tu Derecho A La Privacidad:**

He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Paciente. Entiendo mis derechos así como el deber del consultorio de proteger mi información médica, y he manifestado mi entendimiento de estos derechos y deberes al doctor. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de enmendar este aviso en cualquier momento en el futuro y de incluir nuevas provisiones efectivas para toda la información pasada y presente que conserve.

Estoy consciente de que una versión más extensa de este “Aviso” está disponible para mí y existen muchas copias en el área de la recepción. En este momento, no tengo ninguna pregunta respecto a mis derechos ni ninguna información que haya recibido.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Iniciales del Testigo*

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ File#/HRN \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Respecto A Rayos X y Estudios de Imagenología**

**SOLO MUJERES** — Por favor lea y revise cuidadosamente las casillas, incluya la fecha apropiada, y luego firme si entiende y no tiene preguntas, es caso contrario diríjase a nuestra recepcionista para explicaciones adicionales.

El primer dia de mi último ciclo menstrual fue el \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha

Se me ha dado una explicación de lo que podría ocurrir si estuviera embarazada, y que yo sepa, no estoy embarazada.

Con mi firma a continuación reconozco que el doctor y/o un miembro del equipo ha discutido conmigo los efectos amenazantes de la ionización al no nato, y he manifestado mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición a rayos x. Luego de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para realizar el diagnóstico mediante el examen de rayos x que el doctor considere necesarias para tratar mi caso.

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Iniciales del Testigo

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

