

# BIENVENIDO

## 3 DOMICILIOS PARA SERVIRLE MEJOR!

PINES WEST  
QUIROPRACTIC  
17035 Pines Blvd.  
Pembroke Pines, FL 33027

EAST SIDE  
QUIROPRACTIC  
8228 Biscayne Blvd.  
Miami, FL 33138

MARTINEZ  
QUIROPRACTIC  
12821 S.W. 88 St.  
Miami, FL 33186

### INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Sex:  Masc.  Fem Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
 Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  
#Seguro Social: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Empleado por: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
#Seguro Social: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hijos(as) Nombres y Edades: \_\_\_\_\_  
A Quien Agradecemos por Referirlo(a) \_\_\_\_\_

### NUMEROS TELEFONICOS

Casa: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Ext: \_\_\_\_\_  
Hora Disponible \_\_\_\_\_  
Tel. Cel. : \_\_\_\_\_  
Beeper: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Tel. Casa: \_\_\_\_\_  
Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

### SEGURO

Quién es responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_  
Parentesco con el(la) paciente \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
Numero de tarjeta o grupo \_\_\_\_\_  
Tiene el paciente seguro adicional  Si  No  
# Del subscriptor \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # S.S. \_\_\_\_\_  
Parentesco con el (la) paciente \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
# De seguro o identificación \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ACCIDENTE(S)

Su condición se debe a un accidente?  
 Si  No Fecha \_\_\_\_\_

Tipo de accidente \_\_\_\_\_  
 Auto  Trabajo  Casa  Otro

Explique Otro: \_\_\_\_\_  
Si es afirmativo diga a la recepcionista y llene los formularios correctos en adición a esta forma.

### CONDICION DEL (LA) PACIENTE

Razón de su visita: \_\_\_\_\_ Consulta preventiva:  Si  No  
Cuando empezaron los síntomas? \_\_\_\_\_ Su condición empeora progresivamente?  Si  No  No Se  
Marque con una X en el dibujo donde tiene dolor, entumecimiento o cosquilleo \_\_\_\_\_  
Evalúe la severidad del dolor en la escala del 1 poco al 10 mucho dolor \_\_\_\_\_  
Tipo de dolor:  Agudo  Sordo  Palpitante  Entumecido  Achaque  Punzante  Ardoroso  
 Comezón  Calambre  Endurecimiento  Inflamación  Otro  
Cuantos días en la semana pasada sintió dolor? \_\_\_\_\_  Es constante  Ocasional  
Interfiere con su  Trabajo  Vida familiar  Sueño  Recreación  Ejercicio  
Actividades o movimientos que le causan dolor  Sentarse  Pararse  Caminar  Agacharse  Acostarse  
Padece otras enfermedades? \_\_\_\_\_



### HISTORIAL CLINICO

Favor de checar y describir:

Cirugía mayor/operaciones:  Apendectomía  Amigdalectomía  Vesícula Biliar  Hernia  Cirugía en espalda  
 Huesos quebrados  Otras \_\_\_\_\_

Accidentes, caídas, heridas: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones (Aparte de las arriba mencionadas): \_\_\_\_\_

Tratamientos quiroprácticos anteriores:  Ninguno  Nombre del doctor y fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente:  Pastillas para los Nervios  Relajantes musculares/analgésicos

Medicina para la presión sanguínea  Insulina  Otra \_\_\_\_\_

Abajo esta una lista de enfermedades que pueden no parecer relacionadas con el objeto de su visita, sin embargo, estas preguntas deben de ser respondidas cuidadosamente debido a que estos problemas pueden afectar el curso integral de su tratamiento quiropractico.

**CHEQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE TIENE O QUE HAYA TENIDO:**

- |  |  |                                      |   |   |
|--|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neumonía            | <input type="checkbox"/> Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> Tiroide     | <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales        | <input type="checkbox"/> Marcapasos                         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática    | <input type="checkbox"/> Paperas                 | <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Lumbago                    | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple                |
| <input type="checkbox"/> Polio               | <input type="checkbox"/> Viruela                 | <input type="checkbox"/> Sida/V.I.H. | <input type="checkbox"/> Ecsema                     | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiatrico               |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis        | <input type="checkbox"/> Varicela (Viruela Loca) | <input type="checkbox"/> Influenza   | <input type="checkbox"/> Ataque                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          |
| <input type="checkbox"/> Tos Ferina          | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Pleuresia   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis               | <input type="checkbox"/> Hernia                             |
| <input type="checkbox"/> Anemia              | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Artritis    | <input type="checkbox"/> Sistema Inmunologico Debil | <input type="checkbox"/> Sintoma de Tunel Carpal            |
| <input type="checkbox"/> Sarampión/Rubeola   | <input type="checkbox"/> Cardiopatía             | <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Subluxaciones              | <input type="checkbox"/> Síndrome de Torceduras Recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Quimica |  |                                      |   |   |

**CHEQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE USTED TIENE O QUE HAYA TENIDO EN LOST ULTIMOS SEIS MESES:**

**SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETO**

- Dolor en la parte baja de la espalda
- Dolor en medio de los hombros
- Dolor en el cuello
- Dolor en el brazo
- Dolor en las articulaciones/endurecimiento
- Dificultad al masticar/mandibula con chasquido
- Envaramiento (tieso) general
- Dolor en el hombro
- Dolor en la rodilla
- Dolor en la cadera
- Dolor en la mano/la muñeca
- Dolor en el pie/en el tobillo

**SÍNTOMAS GENERAL**

- Fatiga
- Alergias
- Perdida del Sueño
- Fiebre
- Dolor de la cabeza/jaquecas

**SÍNTOMAS S.V.R.**

- Dolor en el pecho
- Dificultad con la respiración
- Presion sanguinea alta/baja
- Latido cardiaco irregular
- Problemas cardiacos
- Problemas pulmonares/congestionamiento
- Venas varicosas
- Hinchazón de lost tobillos
- Ataque

**DAMAS SOLAMENTE**

Quando fue su ultimo ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS GASTRO INTESTINAL**

- Apetito pobre/excesivo
- Sed excesiva
- Nausea frecuente
- Vómito
- Diarrea
- Constipación
- Hemorroides
- Problemas del hígado
- Vesicula viliar
- Problemas de peso
- Calambres abdominales
- Gas/hinchazón estomacal despues de comer
- Escremento con sangrado/negro
- Colitis

**SÍNTOMAS GENITO-URINARIO**

- Problemas con la vejiga
- Orinar con dolor o en forma excesiva
- Orina descolorida

**SÍNTOMAS MASCULINO/FEMENINO**

- Irregularidad menstrual
- Calambres menstruales
- Dolor vaginal/infección
- Dolor en los senos/quistes-nódulos endurecidos o hinchazón
- Prostata inflamada/disfunción sexual
- Enfermedades Venereas
- Otros problemas \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO**

- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Parálisis
- Mareos
- Olvidadiso
- Confusión/depresión
- Desmayos
- Convulciones
- Extremidades frias/con comezón
- Estres

**SÍNTOMAS O.L.G.**

- Piquetes en los ojos
- Problemas dentales
- Garganta irritada
- Dolor en los oidos
- Dificultad para oír
- Nariz congestionada

**HISTORIAL MEDICO FAMILIAR**

Los siguiente miembros de la familia tienen los mismos o similares problemas que yo:

- Madre \_\_\_\_\_
- Padre \_\_\_\_\_
- Hermano \_\_\_\_\_
- Hermana \_\_\_\_\_
- Esposo(a) \_\_\_\_\_
- Hijo(a) \_\_\_\_\_

Esta usted embarazada?  Si  No  No estoy segura

EJERCICIO	ACTIVIDAD EN EL TRABAJO	HABITOS	
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Sentado(a) <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Parado(a) <input type="checkbox"/> Trabajo liviano <input type="checkbox"/> Trabajo pesado	<input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cafe o bebidas con cafeina <input type="checkbox"/> Alto Grado de estres	Paquetes al Dia _____ Tragos/Semana _____ Tazas/Dia _____ Razon _____

Que es lo mas importante en su relación paciente/médico? \_\_\_\_\_

Cuales son sus metas de salud?  Evitar el dolor  Corregir mi problema de salud

Firma \_\_\_\_\_

**BIENVENIDO(A)**

# AUTO ACCIDENT FORM

## ABOUT YOU

Please Fill Out Completely

Name: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## WHAT WE NEED

Please present us with a copy of the police/accident report and/or medical records, hospital and/or Doctor's reports, diagnostic tests results, ex: MRI, C.T. Scans, X-Rays, others.

Thank You.

## ACCIDENT INFORMATION

Date & Time of Accident \_\_\_\_\_ a.m. p.m.

Were you the:  driver  Front Passenger  Rear Passenger

If a traffic violation was issued, to whom was it issued?  
\_\_\_\_\_

Number of people in accident vehicle? \_\_\_\_\_

Name and addresses/phone no.'s of people in accident  
\_\_\_\_\_

Did the police come to the accident site?  Yes  No

Was a police report filed?  Yes  No

Were there any witnesses?  Yes  No

Were you wearing a seatbelt?  Yes  No

Was this vehicle equipped w/ airbags?  Yes  No

If yes, did they inflate?  Yes  No

In relation to the base of your skull, where was the headrest?

Above  Below  At base of skull

What did your vehicle impact?  Another Vehicle  Other

If other, explain: \_\_\_\_\_

Did any part of your body strike anything in the vehicle?

Yes  No If yes, explain: \_\_\_\_\_

Did your vehicle go off the road? \_\_\_\_\_

Make and model of the vehicle your were occupying? \_\_\_\_\_

Name of the location/street on which you were traveling? \_\_\_\_\_

In which direction were you headed?  N  S  E  W

What was the approx. speed of your vehicle? \_\_\_\_\_

Did the impact come from the:  Rear  Front  Side

During the impact, were you facing:  Right  Left  Forward

Were you:  Aware  surprised by the impact?

If accident vehicle made impact with another vehicle what was Make & Model/Year of the other vehicle \_\_\_\_\_

Direction other vehicle was headed?  N  S  W  E

Speed of the other vehicle? \_\_\_\_\_

Briefly describe accident: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you reported your accident to your auto insurance company?  Yes  No

## ACCIDENT INFORMATION (cont.)

Did Accident render you unconscious?  Yes  No

If yes, for how long? \_\_\_\_\_

Please describe how you felt immediately after the accident:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you gone to a Hospital or seen any other Doctor?

Yes  No

When did you go?

Just after accident  Next day  2 days plus

How did you get there?

Ambulance  Private Transportation

Name of Hospital and/or Attending Doctor: \_\_\_\_\_

Was he/she a:  Chiropractor  M.D.  Dentist

Describe any treatment you received: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Were X-rays taken?  Yes  No

Was medication prescribed?  Yes  No

Have you been able to work since this injury?  Yes  No

Are your work activities restricted as a result of this injury?

Yes  No

## AUTO INSURANCE

Type of Insurance: \_\_\_\_\_

CompanyName: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone No: \_\_\_\_\_

Insured's Name: \_\_\_\_\_

Policy No: \_\_\_\_\_ Claim No: \_\_\_\_\_

Insured's SS No: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Insured's Employer: \_\_\_\_\_

Agent's Name: \_\_\_\_\_

List all automobiles owned by you or any family member living with you at the time of the accident: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you retained an attorney?  Yes  No

Name of attorney? \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Patient's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_