REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

Relación con el paciente Compañía de seguros Grupo # El paciente Compañía de seguros Grupo # El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Si No Nombre del suscriptor Fecha de nacimiento SS# Relación con el paciente está cubierto por algún seguro adicional? Si No Nombre del suscriptor Fecha de nacimiento SS# Relación con el paciente Compañía de seguros Grupo # El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Si No Nombre del suscriptor Fecha de nacimiento SS# Relación con el paciente Compañía de seguros Grupo # CESIÓN Y DIVULGACIÓN Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del paciente Compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del paciente Compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del paciente Compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del paciente Compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del paciente Compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del guero del compañía de seguros Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del guero del guero del guero del compañía de seguro personale Certifico que so ylo milej personale, decide el guero del		INFORMACIÓN DEL SEGURO
Compañía de seguros. Primar nombre Inicial del segurdo nombre	echa	¿Quién es responsable de esta cuenta?
Primar rombre Inicial del segundo rombre Primar rombre	S/HIC/ID Paciente	Relación con el paciente
Primer nombre vicial del segundo nombre vicial del paciente vicial segundo nel paciente vicial del paciente vicial d		Compañía de seguros.
Nombro del suscriptor Fecha de nacimiento SS# Separado Código postal Separado Código postal Separado Código postal Separado Compañía de seguros. Separado Compañía de seguros. Separado Compañía Separado Separado Compañía Separado Separado	Apellido	Grupo #
prece electrónico unidad con electrónico unidad completados de completados de completados de seguros. SS# Relación con el paciente compañía de seguro sortamos con cobertura de seguro placados completados de pocimiento compañía de seguro de compañía de seguro contamos con cobertura de seguro placados compañía de seguro de compañía de compañí	Primer nombre Inicial del segundo nombre	¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No
Relación con el paciente	omicilio	Nombre del suscriptor
tlatido	prreo electrónico	Fecha de nacimiento SS#
Social M F Edad Solution So	iudad	Relación con el paciente
CESIÓN Y DIVULGACIÓN Curtilico que yo yio milos personale(s) a cargo contamos con cobertura de seguro pleador/Escuela del paciente pupación mombicio del empleador/escuela delono del empleador/escuela delono del empleador/escuela delono del empleador/escuela Separado Números per serios pontate sus agentes con el fin de obtener el pago del los servicios sobre attendo ten sus agentes con el fin de obtener el pago del los servicios por totos cargos, sean o no pagadoro, a mil por servicios protecto cargos, sean o no pagadoro, a mil por servicios protecto cargos, sean o no pagadoro, a mil por servicios protecto cargos, sean o no pagadoro, a mil por servicios protecto cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos documentos del seguro pagadora por servicios relacionados pade del colonyuge acha de nacimiento Sis mipleador del cónyuge A quién podemos agradecer su referencia? Teléfono del Hogar (stado Código postal	Compañía de seguros.
Coefficio que yo yío mi(s)persona(s) a cargo contannos con cobertura de seguro.	exo	Grupo #
Casado viudo canalization ca	echa de nacimiento	
Separado Divorciado En pareja durante años notativa de la(s) Compaña(a) de Seguros Nombre de la(s) Compaña(a) de Seguros Nombre de la(s) Compaña(a) de Seguros notativa de seula de paciente notativa de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestato de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro, así los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro. Astorace ol use de misma en todo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de misma entodo documentos de seguro. Astorace ol use de seguro arriba encionados seguro pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro arriba encionados seguros pagaderos a mi por servicios prestatos de seguro arriba encionados seguros pagaderos a mi por servicios prestatos de seguros arriba encionados se		
propedor/Escuela del paciente		
seguro, si los hubiere, de ofro modo pagadores am inpo reservoso prestato per incidio del empleador/escuela		Dr todos los beneficios de
micliio del empleador/escuela		Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos lo
El médico arriba mencionado puede utilizar mi información a sobre atención de salo puede ferioridar de la folio mobile del cónyuge a continuación. a continuación a cont		
sus agentes con et la réclemente agonde los servicles y determiant oblement et lagorde los servicles por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripta a continuación. Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal		El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud
per del cónyuge	Nátono dol ampleador/ascuela (sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios de
picha de nacimiento		seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando s complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripció
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal Indicar nombre del paciente, padre/madre personal Indicar nombre del paciente, padre/madre personal Indicar nombre del paciente Indicar nombre del pacie		a continuación.
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal		Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal	5#	Time do padomo, padomado, tato o operationa
Fecha Relación con el paciente	mpleador del cónyuge	
NÚMEROS DE TELÉFONO Elular (mpleador del cónyuge	Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal
Elular (mpleador del cónyuge A quién podemos agradecer su referencia?	
Elular (
lejor momento y lugar para contactarlo	A quién podemos agradecer su referencia?	Fecha Relación con el paciente
lejor momento y lugar para contactarlo	A quién podemos agradecer su referencia?	Fecha Relación con el paciente
N CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON ombre Relación	A quién podemos agradecer su referencia?	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE
Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otropalétono del hogar () Teléfono del trabajo ()	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular () Teléfono del Hogar ()	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? □ Sí □ No Fecha □
Motivo de la visita ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No Sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro ¿Es constante o viene y se va?	A quién podemos agradecer su referencia?	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro
ESTADO DEL PACIENTE Motivo de la visita ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Hinchazón Otro ¿Con qué frecuencia siente este dolor? ¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Teléfono del Hogar ()	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro
Motivo de la visita ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro ¿Con qué frecuencia siente este dolor? ¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular () Teléfono del Hogar () Mejor momento y lugar para contactarlo EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON Ilombre Relación	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? ☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro
Motivo de la visita ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro ¿Con qué frecuencia siente este dolor? ¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular () Teléfono del Hogar () Mejor momento y lugar para contactarlo EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? ☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro
¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro ¿Con qué frecuencia siente este dolor? ¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular (Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No Fecha Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro
¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro ¿Con qué frecuencia siente este dolor? ¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular (Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? ☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro
Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo. Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) Tipo de dolor:	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular () Teléfono del Hogar () Mejor momento y lugar para contactarlo N CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON Icombre Relación eléfono del hogar () Teléfono del trabajo () ESTADO DEL PACIENTE Motivo de la visita	Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha ☐ Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? ☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro Nombre del abogado (si corresponde) ☐
Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor)	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular (INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No Fecha Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro Nombre del abogado (si corresponde)
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro	NÚMEROS DE TELÉFONO Selular (Fecha Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE ¿El problema de salud se debe a un accidente? ☐ Sí ☐ No Fecha ☐ Tipo de accidente ☐ Auto ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ¿Ante quién presentó un reporte del accidente? ☐ Seguro de automóvil ☐ Empleador ☐ Compañía de seguro laboral ☐ Otro Nombre del abogado (si corresponde) ☐ No sabe
¿Con qué frecuencia siente este dolor?	NÚMEROS DE TELÉFONO elular (Fecha Relación con el paciente
¿Es constante o viene y se va?	NÚMEROS DE TELÉFONO Polular ()	Relación con el paciente INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE
	NÚMEROS DE TELÉFONO Polular () Teléfono del Hogar ()	Fecha Relación con el paciente
The state of the s	NÚMEROS DE TELÉFONO elular (Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro

Qué tratamiento ha reci	bido na	ra este n	oblema de salud? 🗌 Me	dicamento	s \square Ci	rugía					
Nombre y dirección de ot	tro(s) me	édico(s) q	ue lo han tratado por su	problema	de salu	ıd					
echa del último:Examer	n físico_			Rayos X d	e column	a vertebral	_ Ar	álisis de	sangre		
Examer	n de coli	umna		Radiografí	a de tóra	x			orina		
						tica, tomografía computada,		ometría			
Marcar "sí" o "no" para											
viarcai si o no pare	a muice	ai Si iia	eriido.								
SIDA/VIH	☐ Sí	□No	Enfisema	□ Sí	□ No	Migraña	☐ Sí	□No	Enfermedad de transmisión		
Alcoholismo	☐ Sí	□No	Epilepsia	Sí	□ No	Aborto espontáneo	☐ Sí	□No	sexual	□ Sí	
Brotes de alergia	☐ Sí	□ No	Fracturas	□ Sí	□ No	Mononucleosis	Sí	□ No	Apoplejía	Sí	
nemia	☐ Sí	□ No	Glaucoma	☐ Sí	☐ No	Esclerosis múltiple	☐ Sí	□ No	Intento de suicidio	Sí [] N
norexia	Sí	□No	Bocio	□ Sí	□ No	Paperas	☐ Sí	□ No	Problemas de tiroides	Sí	
pendicitis	☐ Sí	□ No	Gonorrea	☐ Sí	☐ No	Osteoporosis	☐ Sí	☐ No	Amigdalitis	Sí	
rtritis	☐ Sí	□No	Gota	□ Sí	☐ No	Marcapasos	Sí	□ No	Tuberculosis		
sma	☐ Sí	□No	Enfermedad cardiaca	□ Sí	□ No	Enfermedad de Parkinson	☐ Sí	□ No	Tumores, quistes		
roblemas de sangrado	□ Sí	□No	Hepatitis	Sí	□No	Pinzamiento	□ Sí	□No	Fiebre tifoidea		
Quiste de mama	Sí	□No	Hernia	Sí	□No	Neumonía	Sí	□No		Si	
Bronquitis		□No	Hernia de disco		□ No	Polio		□ No	Úlceras	Sí	
Bulimia		□No	Herpes		□No	Problema de próstata		□ No	Infecciones vaginales	Sí	
áncer		□No	Alta			Prótesis		□ No	Tos ferina	☐ Sí	
ataratas		□ No	Presión sanguínea	□ Sí	□ No				Otros		
Dependencia			Colesterol Alto	□ Sí	□ No	Asistencia psiquiátrica		□ No			
de fármacos	☐ Sí	□No	Enfermedad renal	Si	□No	Artritis reumatoidea		□ No			
/aricela	□ Sí	□No	Enfermedad hepática		□No	Fiebre reumática		□ No			
Diabetes	□ Sí	□No	Sarampión	□ Sí	□No	Fiebre escarlata	∐ Si	□ No			
JERCICIO			ACTIVIDAD LAB	ORAI		HÁBITOS					
Ninguno			Permanecer sentade			Fumar		Pague	etes por día		
Moderado			☐ Permanecer parado			☐ Alcohol			s por semana		
☐ Diariamente ☐ Trabajo liviano				Café/bebidas con cafeína			Tazas por día				
] Intenso			☐ Trabajo intenso			Alto nivel de estrés		Motiv	/0		
Está usted embarazada	? 🗆 S	í □ No	Fecha de parto								
esiones/cirugías pasada	s			Descrip	ción				Fecha		
Caídas											
Lesiones en la cab	eza										
Huesos quebrados								10 10 43			
Dislocamientos	· ·										
Cirugías	-										
											W 40
MEDI	ICAN	IENT	OS		ALEI	RGIAS V	ITA	MINA	S/HIERBAS/MIN	VERAI	E
	3300							11933			

MEDICAMENTOS	ALERGIAS	VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES
Nombre de la farmacia		
Teléfono de la farmacia ()		