

Información del paciente		Dirección de correo electrónico: _____			
Nombre:	Apellido:	Inicial Media:	Fecha: / /		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	CP:	
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	S.S. #: - -		
Teléfono fijo: () -	Teléfono alternativo (Móvil, Busca): () -		Cónyuge:		
Escoje clínica porque/ Referido a la clínica por <input type="checkbox"/> Dr.: <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo					
<input type="checkbox"/> Anterior paciente <input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Señal de la calle <input type="checkbox"/> Otro:					
Información de trabajo					
Empleador:			Teléfono del trabajo () -	Ext.	
Ocupación:	Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado				
Información proveedor de atención					
Referencia al Dr:			Referencia teléfono Dr.: () -		
Regular Dr./PCP			Teléfono Regular Dr./PCP: () -		
Información de seguro (Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)					
Nombre del seguro principal:					
Nombre del suscriptor (si es diferente):				Fecha de nacimiento: / /	
ID. #:	Grupo / Póliza #				
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:					
Nombre del seguro secundario:					
Nombre del suscriptor:				Fecha de nacimiento: / /	
ID. #:	Grupo / Póliza #				
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:					
Reclamación de lesiones de coche o trabajo (Por favor proporcione su información de seguro como apoyo)					
Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Coche: <input type="checkbox"/> Trabajo e industria:					
Ajustador / Gerente de la reclamación:			Teléfono:	Ext.:	
Dirección:		Ciudad	Estado:	CP:	
Reclamación #:	Fecha del accidente: / /		Causa:		
Información del abogado					
Nombre:		Despacho de abogados:	Teléfono: () -		
Dirección		Ciudad	Estado:	CP:	
En caso de emergencia					
Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección):					
Relación con el paciente:		Teléfono fijo: () -	Teléfono del trabajo: () -		

Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a _____. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a _____ a liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamaciones.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Formulario de historial médico pasado

Nombre del paciente _____

Presión sanguínea		SÍ	NO	Condiciones de las articulaciones		SÍ	NO
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidad superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación extremidad inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón		SÍ	NO	Otras condiciones		SÍ	NO
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad aterosclerótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene un marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de los músculos		SÍ	NO	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Túnel carpiano I/D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo de tenista I/D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas espalda / cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desvanecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento limitado de miembros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (present o historia de)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones		SÍ	NO	Otro: _____			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			

Ejercicio	Actividad laboral	Nivel de estrés	Hábitos	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Fumar	Paquetes al día _____
<input type="checkbox"/> 1-2xSemana	<input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas a la semana _____
<input type="checkbox"/> 3-4xSemana	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Café/Soda	Tazas a la semana _____
<input type="checkbox"/> 5+ xSemana	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado			

¿Qué tipos de ejercicios lleva a cabo? : _____

¿Qué cosas causan estrés en su vida? : _____

¿Está tomando alguna medicina para convulsiones? SÍ NO Si es que sí enumere el nombre: _____

¿Está tomando alguna medicación que pueda afectar a sus pulmones, corazón, consciencia o bienestar general mientras está participando en la terapia? SÍ NO Si es que sí enumere el nombre: _____

Enumere todas las medicaciones que está tomando actualmente: _____

Enumere todas las cirugías en los pasados dos años (Incluyendo fechas): _____

¿Está embarazada? SÍ NO ¿De cuántas semanas?: _____

¿Ha tenido alguna lesión relacionada con el trabajo? SÍ NO Si es que sí enumere la parte del cuerpo y la fecha: _____

Ha tenido algún accidente de coche SÍ NO Si es que sí enumere la parte del cuerpo y la fecha: _____

¿Ha tenido terapia física o terapia de masajes antes? SÍ NO Dónde: _____

Firma del paciente, padre tutor, representante personal

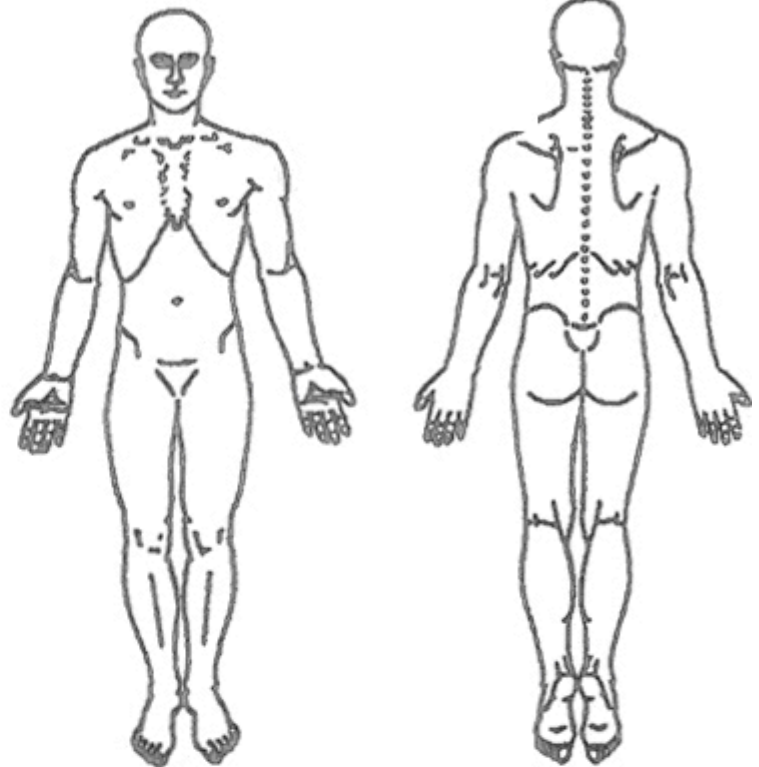
Fecha

Pain and Symptom Status Report

Name: _____

Date: _____

Using the symbols below, please draw at the location on the body outlines, the type of pain you are experiencing



Ache
MMM
M

Burning

--

Numbness
O O O O
O O O

Pins and Needles
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Stabbing
/ / / / / / / /
/ / / /

Other
x x x x
x x x

Chief Complaint and Visual Analog Scale

My Chief Complaint is: _____

Date First Symptom of your problem occurred on: _____

2nd Complaint: _____

3rd Complaint: _____

Please circle on the scale below to indicate your **CURRENT** level of pain:

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pain as bad as it gets.

Please circle on the scale below to indicate your **AVERAGE** level of pain:

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pain as bad as it gets.

Please circle on the scale below to indicate your **WORST** level of pain:

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pain as bad as it gets.

Additional Comments: _____

