

Sandez Family Chiropractic & Wellness Center, PLLC
1616 Evans Road, Suite 150, Cary, NC 27513
919-535-3091

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Sr., Sra., Srta.) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono celular _____

Seguro Social No. _____ Licencia para conducir _____

Edad _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Casado/a _____ Soltero/a _____ Otro _____

Dirección de E-mail _____

Ocupación _____ Empleador/Compañía _____

Dirección de la Oficina, Ciudad, Estado _____ Teléfono (oficina) _____

Médico de cabecera _____ Teléfono _____

Nombre del seguro _____ Nombre del asegurado _____

No. de teléfono del asegurado _____ Dirección del asegurado _____

Empleador del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____

Atención anterior de un quiropráctico/a Sí _____ No _____ Nombre del médico _____

Motivo de queja principal _____

Familiar cercano o amigo al que se puede llamar en caso de urgencia _____

Vínculo _____ Teléfono _____

¿Quién (o qué fuente) lo recomienda a nosotros? _____

Programar Citas & Comunicación Electrónica

Sandez Family Chiropractic & Wellness Center, PLLC comprende que, bajo ciertas circunstancias, nuestros pacientes no pueden asistir a la visita programada. Si algún día no puede cumplir con la cita programada, por favor, notifique a nuestra oficina 24 horas antes de modo que otros pacientes puedan tomar el horario que queda libre. Además, si usted arribará a la visita programada con más de 10 minutos de retraso, por favor comuníquese con nuestra oficina. **Si Usted Falta una cita sin comunicarse con la oficina antes de la cita, perderas la cita y te cobramos por esa cita. Siempre llame antes para hacer un cambio. Muchas gracias.**

Entiendo y acepto cualquier comunicación electrónica a través de mensajes de texto o correo electrónico entre SFC y WC con respecto a citas, facturación, etc. puede contener mi información de salud protegida. **Si NO QUIERO NINGUNA comunicación electrónica, tengo la opción de cancelar mi suscripción en cualquier momento notificando a esta oficina, a través de Notificación Escrita Solamente.**

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente _____

Indique el motivo de su consulta:

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? ____/____/____ ¿Esta mejor o peor desde que empezó? _____

¿Alguna vez había tenido esta afección o otra similar? ____ Sí ____ No

¿Cómo es su dolor? (**marque con un círculo**) agudo molestia sordo profundo pinchazo urente entumecimiento
Hormigueo irradiado punzante

¿El dolor irradia a alguna parte del cuerpo? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, ¿a qué parte? _____

Si es Mujer, ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? ____ Sí ____ No

¿Qué palabra describe mejor la frecuencia de sus síntomas? (elija una)

____ Constante (75% a 100% del tiempo que estoy despierto)

____ Frecuente (51% a 75% del tiempo que estoy despierto)

____ Intermitente (26% a 50% del tiempo que estoy despierto)

____ Ocasional (0% a 25% del tiempo que estoy despierto)

¿Cuáles de estas frases describen mejor los cambios que presentan sus síntomas a lo largo del día?

____ Peor por la mañana

____ Peor por la tarde

____ Peor por la noche

____ Cambian con el clima

____ Mis síntomas no cambian

¿Qué ayuda a aliviar los síntomas por un tiempo?

____ Hielo ____ Calor ____ Medicación ____ Nada ayuda ____ Otro

¿Qué actividades se ven limitadas por sus síntomas?

____ Inclinarsse

____ Empujar

____ Acostarse

____ Deposiciones

____ Leer

____ Jalar

____ Toser

____ Sentarse

____ Orinar

____ La rutina diaria

____ Dormir

____ Caminar

____ Conducir

____ Estornudar

____ Trabajar

____ Levantarse

____ Estar de pie

____ Movimiento

____ Levantar peso

____ Girar la cabeza

Otro: _____

Fecha de su último/a:

Examen físico ____/____/____ Radiografía de columna ____/____/____ Resonancia magnética ____/____/____

¿Ha probado otros tratamientos médicos para su afección? ____ Sí ____ No

¿Qué tipo de tratamiento?

____ Hospital o clínica para atención de urgencias

____ Quiropráctico u otro médico

____ Otro

Ingrese la fecha aproximada del tratamiento anterior: ____/____/____

Nombre del médico & centro _____ Telefono _____

Nombre del Paciente _____

¿Todavía está recibiendo tratamiento en ese centro? _____ Sí _____ No

Este consultorio requiere una copia del informe médico que detalle su tratamiento:

- _____ Entregaré una copia de mi informe médico a este centro
- _____ La enviaré por fax
- _____ La enviaré por correo electrónico
- _____ Autorizo al centro donde me atendía a entregar mis registros a este consultorio.

¿Sus síntomas son consecuencia de un accidente? _____ Sí _____ No

Describa brevemente sus obligaciones laborales: _____

¿Alguna vez se fracturó un hueso? _____ Sí _____ No En caso afirmativo, ¿cuál y cuándo? _____

Mencione todos los **medicamentos** que está tomando actualmente:

Mencione todas **las cirugías** que haya tenido:

¿Tiene antecedentes médicos familiares que debamos conocer? Si es así, indíquelos a continuación:

Mencione cualquier alergia que tenga:

¿Fumas? _____ Si _____ No, ¿Cuanto paquetes por semana? _____

¿Bebes Alcohol? _____ Si _____ No, ¿Cuántas tazas por la semana? _____

¿Usas Drogas (marijuana, cocaína, otra)? _____ Si _____ No, ¿Porque Razon? _____

*****Círculo de las siguientes acciones que ha tenido en los últimos 6 meses:**

Dolor de Espalda Dolor de Cuello Dolor de Cabeza/Migranas Dolor de Hombro/Brazo/Mano

Entumecimiento y Hormigueo Dolor en Extremidades Inferiores, Donde: _____

Mareo/Visión Borrosa Síntomas Gastrointestinales Dolores de Oído/Zumbido en los Oídos

¿Cuál es su objetivo, sólo el alivio de los síntomas o tratar de arreglar los problemas y mejorar su salud de la mejor manera posible? _____ Alivio de Sintomas no mas _____ Mejorar mi salud lo mas posible