

## HISTORIAL CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

¿Podría decirnos cómo se enteró de Quirocentro Caparra?

Referido por: \_\_\_\_\_

Favor de llenar completamente (con letra de molde) la información requerida a continuación. Gracias.

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil: C S V D Sexo: M F Etnicidad: Hispano/latino o No Hispano/latino

Raza: Blanco Negro Amarillo Lenguaje preferido: Español Inglés Otro: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del Patrono \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia, favor de notificar a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Reconozco y convengo en que las pólizas de seguro constituyen un acuerdo entre el asegurador y yo. Entiendo además que esta clínica quiropráctica preparará los informes y llevará los formularios necesarios para ayudarme a cobrarle a la casa aseguradora y cualquier cantidad autorizada a pagarse directamente a esta clínica se acreditará a mi cuenta, a su recibo. No obstante, entiendo claramente y convengo en que todos los servicios prestados se cargarán directamente a mi cuenta y que me hago personalmente responsable del pago de los mismos. Entiendo además que si suspendo o termino el tratamiento y cuidado, cualquier cargo por servicios profesionales prestados se considerará vencido y pagadero de inmediato.

Entiendo que se me cobrará el costo de una visita por citas no canceladas con anticipación.

### ACEPTACION DEL PACIENTE

Entiendo y convengo que el(los) doctor(es) de Quirocentro Caparra tiene(n) el derecho de rehusar a aceptarme como paciente en cualquier momento antes de que el tratamiento comience. El tomar un historial y el efectuar un examen físico no son considerados tratamiento sino parte del proceso de obtener información para que el(los) doctor(es) pueda(n) determinar si puede(n) aceptarme como paciente.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Guardián: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CONFIDENCIAL SOBRE SU SALUD

Para poder servirle mejor, naturalmente necesitamos tener toda la información necesaria con respecto a su estado de salud. ¿Sería tan amable de ofrecernos la siguiente información?  
Gracias.

1. Dolencia principal \_\_\_\_\_
2. Otros problemas \_\_\_\_\_
3. ¿Qué clase de dolor(es) o síntomas tiene? \_\_\_\_\_ Agudo \_\_\_\_\_ Leve  
\_\_\_\_\_ Inflamación \_\_\_\_\_ Quemazón \_\_\_\_\_ Latidos \_\_\_\_\_ Entumecimiento  
\_\_\_\_\_ Alfilerazos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
4. ¿Se le mueve el dolor de un lado a otro? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
Si es SI, ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Brazo(s) \_\_\_\_\_ Mano(s) \_\_\_\_\_ Pierna(s) \_\_\_\_\_ Pie(s)  
\_\_\_\_\_ Cuello \_\_\_\_\_ Cabeza \_\_\_\_\_ Espalda Baja \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
5. ¿Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué causó el problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Há tenido este problema u otra condición similar en el pasado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si es SI, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. El dolor es: \_\_\_\_\_ Constante \_\_\_\_\_ Viene y va \_\_\_\_\_ Sólo de vez en cuando
9. Esta condición está: \_\_\_\_\_ Mejorando \_\_\_\_\_ Empeorando \_\_\_\_\_ Se mantiene igual
10. Esta condición está interfiriendo con su: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Sueño \_\_\_\_\_ Rutina diaria  
\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué actividades agravan su condición? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Qué medidas ha tomado en su casa para mejorar el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Le dió resultado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha visto a algún otro médico para esta condición? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Doctor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
¿Qué hicieron por usted? \_\_\_\_\_  
¿Le ayudó? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

14. ¿Es su condición el resultado de un accidente automovilístico y/o lesión en el trabajo?

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, ¿está reportado su caso con ACCA y/o CFSE? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿Cuál es el estatus de su caso? \_\_\_\_\_

15. ¿Tiene marcapaso? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

16. ¿Es usted alérgico a algún medicamento(s)? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, indique cuál(es): \_\_\_\_\_

17. ¿Está tomando alguna medicina(s)? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, favor de listar los medicamentos (*Incluya nombre, dosis, frecuencia y razón para tomarlas*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. ¿Ha sido operado u hospitalizado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI indique cuándo y razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Fecha de su último examen físico: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha tenido algún accidente de tránsito? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, indique el año y describa brevemente el accidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Ha tenido alguna lesión física o accidente? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, indique el año y una breve descripción del incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. ¿Fuma o ha fumado en el pasado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si es SI, indique cuanto semanalmente y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Comentarios del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **File No:** \_\_\_\_\_

Favor de circular o indicar si padece de:

HIV/AIDS	Estreñimiento	Dolor de Espalda	Esclerosis Multiple	Rheumatismo
HIV/ARC	Convulsiones	Dolor de Cabeza	Distrofia Muscular	Fiebre Escarlata
Alergias	Taquicardia	Hepatitis	Dolor de Cuello	Escoliosis
Anemia	Depresion	Alta Presion	Nerviosismo	Lesiones Serias
Artritis	Diabetes	Coloesterol Alto	<b>NINGUNA</b>	Sinusitis
Asma	Diarrea	Infarto	Adormecimiento	Problemas de
Dolor de espalda	Problemas	Psoriasis	Osteoporosis	Tiroide
Problemas de	Digestivos	Desorden de	Polio	Tuberculosis
Vejiga	Dislocacion de	Riñones	Problemas	Ulceras
Fractura	huesos	Perdida de Control	Circulatorios	Enfermedades
Cancer	Epilepsia	Intestinal	Desorden	Venereas
Dolor de pecho	Fibromialgia	Problema Pulmonal	Reproductiv	Otra: _____
Concusion	Rubéola	Dolor Menstrual	Fiebre Rheumatica	

Indique si tiene dificultad al hacer algunas de estas actividades:

Acearse/Peinarse/Vestirse

Levantar objetos

Caminar

Sentarse

Estar de Pie

Dormir

Guiar

Doblarse

Actividad Sexual

Subir escaleras

Levantarse de una silla

Deporte: \_\_\_\_\_

Fuma o ha fumado: SI NO Cuanto y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Toma bebidas alcoholicas: SI NO Cuantas y con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Utiliza sustancias controladas: SI NO Cual y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Guardian \_\_\_\_\_

## DIAGRAMA DE DOLOR INDIQUENOS DONDE LE DUELE.

**Lea cuidadosamente.**

Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Utilize los símbolos a continuación:

Dolor >>>>  
>>>>

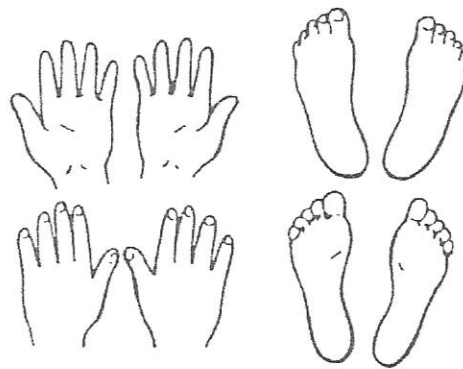
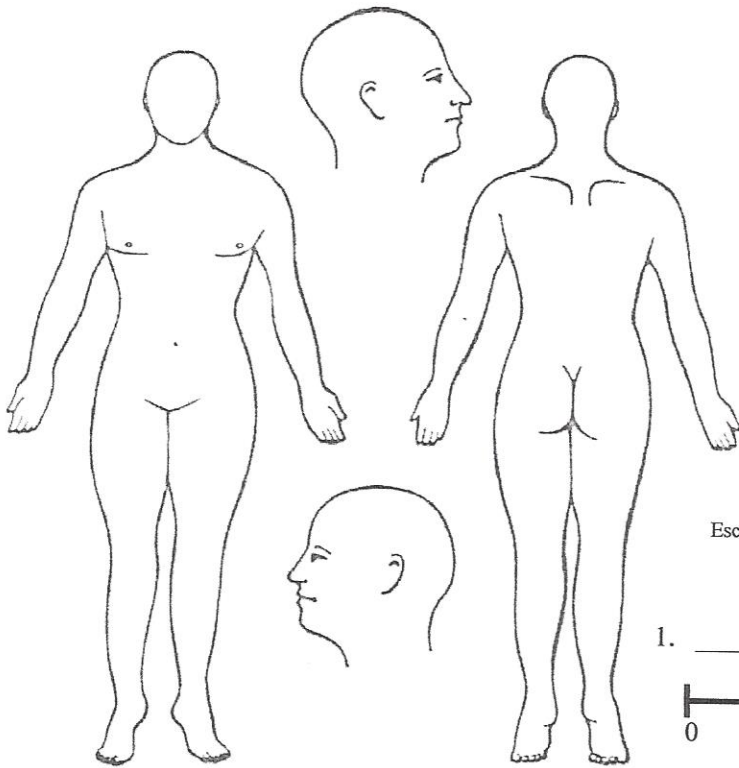
Adormecimiento =====  
=====

Alfilerazos 0 0 0 0  
0 0 0 0

Ardor x x x x  
x x x x

Punzadas / / / /  
/ / / /

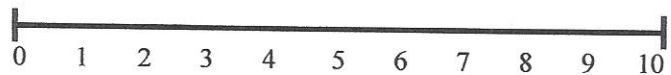
Latidos ~ ~ ~ ~  
~ ~ ~ ~



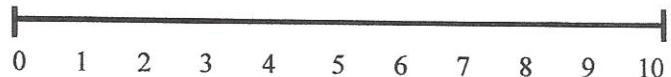
### INTENSIDAD DEL DOLOR

Escriba el nombre de la parte del cuerpo que le duele y marque el número correspondiente a la intensidad del dolor.  
(0 = Ningún Dolor, 10 = El Peor Dolor Imaginable)

1. \_\_\_\_\_



2. \_\_\_\_\_



3. \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ File No: \_\_\_\_\_

## Quirocentro Caparra

Dra. Cristina Ruiz

154 Carretera #2

Guaynabo, PR 00966-1809

Tel: (787) 946-4664

Fax: (787) 946-4644

### Política de Citas de Quirocentro Caparra

1. **Nuestro horario es estrictamente por cita previa.**
2. Se cobrará un cargo de ***\$25.00 por citas no canceladas*** con por lo menos 1 hora de anticipación. El paciente es responsable de dicho cargo y cualquier otro gasto envuelto en el cobro del mismo.
3. Al usted concertar su cita la misma se considerará como confirmada. No se harán llamadas para confirmar su cita.
4. Agradecemos acuda puntualmente a sus citas, ya que el espacio de tiempo ha sido reservado exclusivamente para usted.
5. Llegar tarde a su cita afecta el buen funcionamiento de nuestra oficina. De usted llegar tarde y existir un espacio de tiempo, se la atenderá. De lo contrario, tendrá que esperar a que surja un espacio o sacar una nueva cita.
6. **Citas para Pacientes Regulares entre 2 y 6pm**  
Tratamos de hacer todo lo posible por mantener nuestro compromiso de tratamientos por cita previa. A pesar de esto, las horas de la tarde son las más concurridas por nuestros clientes y es posible que haya tiempo de espera durante este horario para pacientes regulares. El tiempo de espera puede variar entre 15 minutos a 1 hora, dependiendo de la cantidad de pacientes citados.

### Política de Pago de Quirocentro Caparra

1. Todos los servicios son pagaderos en el momento que se proveen.
2. Se cobrará un cargo de \$15.00 o el máximo permitido por ley por cada cheque devuelto.
3. Cartas y certificados tienen un costo de \$10.00.

**He leído y estoy de acuerdo con la política de citas y pago de Quirocentro Caparra.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Guardián:** \_\_\_\_\_

**Quirocentro Caparra**

**Dra. Cristina Ruiz**

**154 Carretera #2**

**Guaynabo, PR 00966-1809**

**Tel: (787) 946-4664**

**Fax: (787) 946-4644**

**ACUSE DE RECIBO RESUMEN DE LA CARTA DE DERECHOS Y  
RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE  
LEY 194 DEL 25 DE AGOSTO DE 2000**

\_\_\_\_\_ Declaración:

Reconozco por este medio que recibí, leí y me he familiarizado una copia de un resumen, aprobado por el Departamento de Salud, de la Ley 194 del 25 de agosto de 2000 mejor conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

**ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_ Declaración

Reconozco por este medio que recibí y he leído una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de esta clínica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_ Expediente #: \_\_\_\_\_  
Fecha

**Para Uso Oficial Solamente:**

Luego de realizar los esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo del resumen de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, no fue posible obtenerlo debido a:

- El paciente se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha