

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	NINGUNA	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 >>>>
>>>>

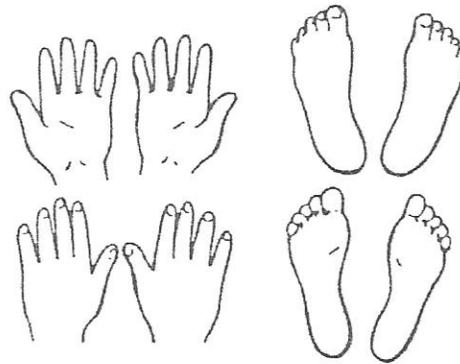
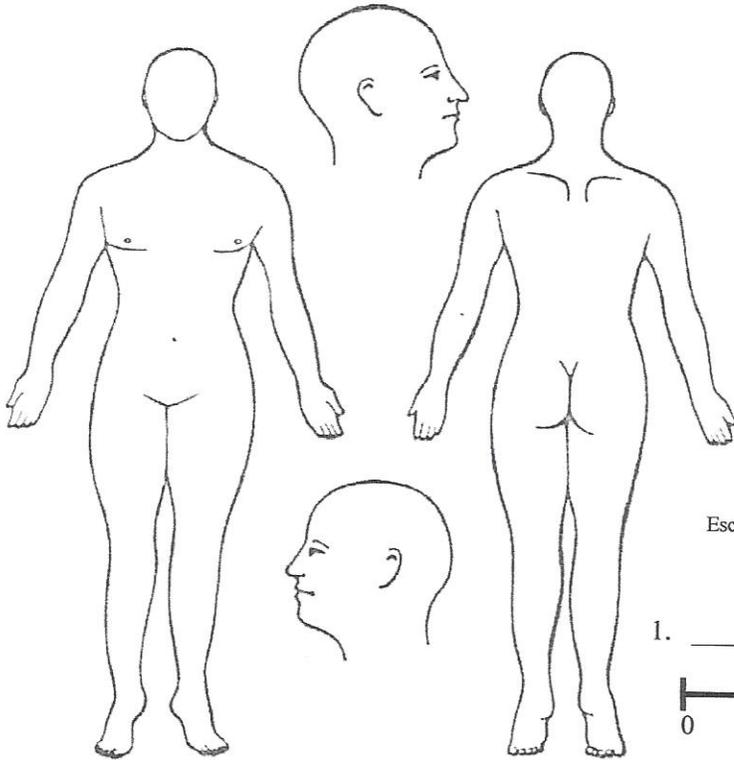
Adormecimiento =====
=====

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