

¿A quién podemos agradecer por referirlo a esta oficina \_\_\_\_\_?

NUEVO FORMULARIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN



TriStar Family Chiropractic

UN BIENESTAR DE FAMILIA 8221 NE HAZEL DELL AVENUE SUITE#104 VANCOUVER, WA 98665 360-258-1506

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_  MACHO  EMBRA

Dirección: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEPHONO: \_\_\_\_\_ NUMERO CELULAR: \_\_\_\_\_

Marital Status:  SOLTERO(A)  CASADO(A) TIENES SEGURO DE SALUD:  SI  NO

Social Security #:( OPCIONAL) \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR : \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESPOSA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DEL CONYUGE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE NIÑOS Y LAS EDADES: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LA QUEJA

Por favor, identificar la condición ( s ) que lo trajo a esta oficina : Principalmente : \_\_\_\_\_

En segundo lugar : \_\_\_\_\_ Tercero: \_\_\_\_\_ Cuarto: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó el problema ( s ) ? \_\_\_\_\_

¿Cuándo es el problema en su peor momento? o AM o PM o medio día o tarde PM

¿Cuánto dura? o Es constante o lo experimento y apaga durante el día o o Viene y se va toda la semana

Es el problema del resultado de cualquier tipo de accidente? o Sí o No En caso afirmativo , marque uno : o TRABAJO DE ACCIDENTE o DE COCHE o DE ACCIDENTE DE DEPORTES o OTRAS \_\_\_\_\_

Condición ( s ) alguna vez ha tratado por cualquier persona en el pasado? o Yes o No En caso afirmativo , cuando: \_\_\_\_\_ por quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estuvo bajo el cuidado \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Nombre del Quiropráctico Anterior : \_\_\_\_\_ o N / A

\* Por favor marque las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas :

R = Radiación A =Ardiente P = Puñalada D= Dolor S = entumecimiento de Sharp /Agudo

H = Hormigueo

Lo que alivia sus síntomas ? \_\_\_\_\_

Lo que les hace sentirse peor? \_\_\_\_\_

LISTA DE ACTIVIDADES RESTRIGIDA : nivel de actividad

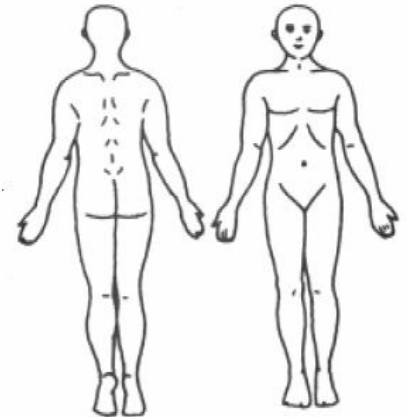
ACTUAL ACTIVIDAD

HABITUAL DE NIVEL

Ejemplo : Caminar ¼ milla

2 Millas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Identificar cualquier otra lesión ( s ) para la columna vertebral , menor o mayor , incluyendo traumas infantiles que el médico debe saber sobre:

### HISTORIA PASADA

¿Ha sufrido con todo esto o un problema similar en el pasado? q No q Sí En caso afirmativo ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue el último episodio? \_\_\_\_\_ ¿Cómo ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_ ¿Alguien en su familia sufren con la misma condición (s)? q No q Sí

Otras formas de tratamiento trataron: o No o Sí En caso afirmativo, indique qué tipo de tratamiento que haya intentado: \_\_\_\_\_, y que siempre que: \_\_\_\_\_ hace ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Fueron los resultados. o favorable o Unfavorable à explique. \_\_\_\_\_

Por favor identifique cualquier y todo tipo de trabajos / aficiones que ha tenido en el pasado que han impuesto ningún tipo de estrés físico en usted o su cuerpo:

Identifique todos PASADO y cualquier condición ACTUALES crees que puede estar contribuyendo a su problema actual :

P en el Pasado, C durante Actualmente tener y N para nunca he tenido :

\_\_\_ Fracturas \_\_\_ Dislocations hueso \_\_\_ Tumores \_\_\_ Artritis Rheumatoid \_\_\_ Discapacidad \_\_\_ Cancer  
\_\_\_ Corazón Ataque \_\_\_ Osteo Artritis \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Cerebral Vascular / derrame \_\_\_ Otras afecciones graves : \_\_\_\_\_

¿CUÁNTO TIEMPO HACE?	TIPO DE CUIDADO RECIBIDAS	POR QUIEN
LESIONES →		
CIRUGÍAS →		
ENFERMEDADES DE INFANCIA →		
ENFERMEDADES ADULTOS →		

### HISTORIA SOCIAL

1. Fumar: θ cigarros θ cigarrillos tuberías, y con qué frecuencia? θ Los fines de semana θ diarias θ Nunca θ Ocasionalmente
2. Bebidas alcohólicas : el consumo se produce θ Diario θ Ocasionalmente θ Nunca
3. El consumo de drogas recreativas : θ Los fines de semana diarias θ Nunca θ Ocasionalmente  
¿Usted tiene un Médico Actualidad tarjeta de marihuana medicinal ? o No o Sí
4. Aficiones -Recreational Actividades- Régimen Ejercicio: ¿De qué manera su problema actual afecta a lo siguiente:

### HISTORIA FAMILIAR:

1. ¿Alguien en su familia sufren con la misma condición ( s ) ? q No q Sí
2. Si es quién: q hijo q abuela abuelo q q q madre padre q de la hermana del hermano q ( s ) q hija ( s )
3. ¿Han sido alguna vez tratado por su condición? q No q Sí q No sé
4. Cualquier otra condición hereditaria del médico deben tener en cuenta. θ No θ Si : \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el pago se hace directamente al Tristar Familia Columna y centro de bienestar, por todos los beneficios que pueden ser pagadera en virtud de un plan de atención médica o de cualquier otra fuente colaterales. Autorizo la utilización de esta aplicación o copias de los mismos con el fin de procesar las reclamaciones y efectuar pagos, y reconozco que esta asignación de beneficios , de ninguna manera me exime de la responsabilidad de pago y que voy a seguir siendo financieramente responsable de Tristar Familia Spine y Bienestar Centro para cualquiera y todos los servicios que recibo en esta oficina.

\_\_\_\_\_  
**Paciente o Firma autorizada de la persona**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Fecha de finalización**

\_\_\_\_\_  
**Doctor's Signature**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Date Form Reviewed**

Office Use: Patient's Name: \_\_\_\_\_ HR#: \_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ JDD,DC 5/2011

# TRISTAR FAMILY CHIROPRACTIC, UN BIENESTAR DE FAMILIA

## ACTIVIDADES DE LA VIDA

Identifique cómo su condición actual está afectando a su capacidad para llevar a cabo actividades que son rutinariamente parte de su vida :

ACTIVIDADES : \_\_\_\_\_ EFECTO : \_\_\_\_\_

- |   |                                 |  |  |  |
|---|---------------------------------|--|--|--|
| Conducir  | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Extendido uso de la computadora                 | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Tareas de hogar                                 | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Estática Sentado (largos períodos de tiempo)    | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Permanente estático (largos períodos de tiempo) | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Levantando Niños                                | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Lectura / Concentración                         | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Lavado / Bañarse                                | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Vestindose                                      | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Afeitandose                                     | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Cuidado personal                                | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Llevar Abarrotes                                | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Séntado y parar                                 | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Subiendo escaleras                              | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Cuidado de mascota                              | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Actividades sexuales                            | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Durmiendo                                       | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Ejercicio                                       | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Caminar   | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Lavado / Bañarse                                | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Barrer / Pasar la aspiradora                    | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Lavar platos                                    | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Lavandería                                      | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Sacando la Basura                               | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |
| Otra: _____                                     | <input type="radio"/> No Efecto | <input type="radio"/> Dolorosa ( puede hacerlo ) | <input type="radio"/> Dolorosas (límites ) | <input type="radio"/> No se puede realizar |

Patient signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_/\_\_/\_\_

Office Use: Patient's Name: \_\_\_\_\_ HR#: \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_ JDD,DC 5/2011

Por favor marque **P** para en el **Pasado** , **A** para **Actualmente** tienes y **N** para **Nunca**

Dolor de cabeza  embarazadas (ahora)  Mareos  problemas de próstata  Úlceras  
 Dolor de cuello  Resfriados / gripe Frecuente  Pérdida de Equilibrio  Impotencia / Dysfun sexual.  La acidez  
 El dolor de mandíbula  Convulsiones / Epilepsia  Desmayo  Problemas digestivos  Problemas del corazón  
 Dolor de hombro  Temblores  Vision Double  Problemas de Colón  Presión arterial alta  
 Dolor de espalda superior  dolor torácico  Visión borrosa  Diarrea / Estreñimiento  Presión arterial baja  
 Medio del dolor de espalda  Dolor w / tos / estornudo  Zumbido en los oídos  Problemas de menopausia  
 Asma  Problemas de espalda Dolor  pie o la rodilla  Pérdida Auditiva  Problemas menstruales  Dificultad  
para respirar  Dolor de cadera  Sinusitis / Drenaje Problema  Depresión  trastornos pulmonares  
 Volver curvatura inflamados / articulaciones dolorosas  irritable orinarse en la cama  Problemas del riñón  
 Escoliosis  Problemas de la piel  Los cambios del estado de ánimo de Aprendizaje  Discapacidad  Problemas de  
la vesícula biliar  Brazos hormigueo, manos, dedos  ADD / ADHD  Problemas Alimentarios  Problemas del  
hígado  Piernas hormigueo, pies, dedos de los pies  Alergias  Problemas para Dormir hepatitis (A, B, C)  
 Cancer: Pecho / hígado / tiroides / Próstata / cervical / Piel  Otro: \_\_\_\_\_

Lista de suplementos, medicamentos recetados y sin receta que toma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_