

Información básica del paciente

Fecha: _____

Primer Nombre: _____ **Inicial:** _____ **Apellido:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: (____) ____ - _____ **Teléfono del trabajo:** (____) ____ - _____ **Teléfono móvil:** (____) ____ - _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** M F **Correo electrónico:** _____

Número de la Seguridad Social: _____ - _____ - _____ **Estado civil:** Soltero Casado Otro

Estado de empleo: Empleado Estudiante a tiempo completo Estudiante a Tiempo Parcial Otros (marcar un

Datos empleador **Nombre:** _____

Información sobre el seguro ** Por favor, proporcione su tarjeta de seguro para escanear. ***

**** Favor de llenar si el paciente difiere del tenedor de la póliza ****

Tenedor de la póliza: Cónyuge Padre/madre o tutor Otros _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Tenedor de la póliza **Nombre:** _____ **Medio Inicial:** ____ **Apellido:** _____

Tenedor de la póliza **Número de la Seguridad Social:** _____

Contacto de emergencia **Nombre:** _____ **Teléfono:** (____) ____ - _____

Médico primario **Doctor:** _____ **Práctica:** _____

Tratamiento Authorization

Por la presente autorizo la oficina y de su personal, así como los médicos para examinar y tratar mi condición como los médicos consideran conveniente y YO le dan autoridad para llevar a cabo estos procedimientos que se deben realizar. Comprendo muy bien y estamos de acuerdo en que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que yo soy responsable por el pago de los servicios de esta oficina y todo fuera laboratorio o radiología servicios prestados en mi nombre. Debe de ser pasado por cantidad necesaria, de manera que se hará cargo de todos los cargos, comisiones y honorarios de abogado. YO (nosotros) autorizo al doctor para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Los pacientes Firma _____ **Fecha:** _____

Acuse de Recibo

Tal como lo requiere la regulación de privacidad, reconozco que he recibido una copia actual de la dinámica y el manejo del dolor Salud Aviso de Prácticas de Privacidad, el Proyecto de Ley de Derechos y Responsabilidades.

El personal puede ser alcanzado Lunes de 10am-7pm y Viernes 10am-2pm en 704-525-6288. Después de horas llame 704-525-6288 después de las horas y el médico le responderá.

Soy consciente de que la dinámica y el manejo del dolor Salud ha incluido una disposición que se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer las provisiones nuevas efectivas para toda la información protegida de la Salud que se mantiene.

Los Pacientes **Nombre** _____

Paciente/Firma del representante _____ **Fecha:** _____

Si firmada por un representante del paciente:

Nombre del representante _____ **Relación** _____

Cuestionario de Detección Médica Inicial:

Nombre: _____ Fecha: _____

Enfermedad reciente: _____ Fiebre: SI / NO

Alergias: () Ninguno () Penicilina () Sulfa () Mariscos () Acido cítrico

Historial Médico:

Historial Familiar: *Por favor seleccione todo lo que le aplique:*

() Enfermedad de corazón () Derrame cerebral () Diabetes () Cancer _____

Historial Quirúrgico (Cirugías): Reparación / reemplazo de articulaciones? SI / NO Cirugía de la columna? SI / NO

HA TENIDO o TIENE alguna de las siguientes condiciones:

Alergias crónicas / resfriados recientes / gripe / tos _____ SI No

Cancer Del () _____ SI No

Problemas de tiroides / esteroides crónicos / enfermedad autoinmune _____ SI No

Hepatitis / SIDA / VIH + _____ SI No

Diabetes _____ SI No

Accidentes cerebrovasculares / dolores de cabeza crónicos / convulsiones _____ SI No

Problemas de corazón / vasos sanguíneos _____ SI No

Marcapasos / Stents cardíacos / Válvulas artificiales _____ SI No

Anticoagulantes crónicos _____ SI No

Presión Alta _____ SI No

Enfermedades de los huesos/Huesos rotos/ articulaciones artificiales/ tornillos _____ SI No Cuales Huesos?

Enfermedad de la próstata / Terapia hormonal _____ SI No

Adicción al alcohol / depresión / ansiedad _____ SI No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/ insuficiencia cardíaca/ asma/
corta o falta de respiración/ sibilancia/ resuello(asmático)/ enfisema _____ SI No

Bronquitis reciente/ neumonia/ broncoespasmo _____ SI No

Drogas ilegales o intravenosas _____ SI No

Tratamiento quiropráctico anteriormente _____ SI No

¿Está o cree que puede estar embarazada? _____ SI No

Por favor explique el SI que selecciono: _____

MEDICAMENTOS: Por favor, proporcione una copia escrita de TODOS sus medicamentos, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Compruebe si tiene síntomas actuales o problemas médicos conocidos durante el último mes en las siguientes áreas. Por favor describa. Si no tiene ningún problema, marque la caja "Ninguno"

CONSTITUCIONAL GENERAL Ninguno Fiebre/ Escalofríos Aumento de Peso/ Perdida Debilidad
 Fatiga Crónica Otro: _____

OJOS Ninguno Cambio en la visión Dolor de ojo Ojos secos/llorosos Sensibilidad a la luz
 Puntos negros en la visión Otro: _____

OREJAS, NARIZ, Y GARGANTA Ninguno Pérdida auditiva Perdida del olfato Perdida del gusto
 Sinusitis Dolor de garganta Otro : _____

CARDIO Ninguno Dolor de pecho Respiración Corta Palpitaciones Piernas hinchadas
 Calambres de piernas Soplo cardíaco Dificultad para acostarse Micción (orinar) frecuente por la noche
 Venas Varicosas Otro: _____

RESPIRATORIO Ninguno Respiración Dificultosa Sibilancia/Resuello(asmático) Tos frecuente
 Tosiendo Sangre Otro _____

GASTROINTESTINAL Ninguno Acidez Indigestión Reflujo ácido Eructos Vomitar Sangre
 Problemas de Ulceras Dolor Abdominal Sangre en las heces Nausea/Vomito Diarrea
 Otro : _____

MUSCULOESQUELETICO Ninguno Dolor/rigidez/inmovilidad de las articulaciones Debilidad musculares
 Movimiento Disminuido Dolor de espalda Dolor de cuello Lesiones Espasmos Musculares
 Calambres Musculares Hinchazón Otro: _____

INTEGUMENTARIO Ninguno Erupción Ulceras Cicatrices Picazón
 Exceso crecimiento/Perdida de pelo Otro: _____

NEUROLOGICA Ninguno Dolor de cabeza Entumecimiento/hormigueo Temblores Convulsiones
 Mareos Otro: _____

PSIQUIATRICO Ninguno Depresión Cambios de Humor Ansiedad Confusión Llorando
 Pérdida de apetito Problemas para dormir Pérdida de memoria Otro _____

ENDOCRINO Ninguno Aumento de Hambre Aumento de sed Aumento de la micción Sofocos
 Otro: _____

HEMATOLOGIA Ninguno Moretones con facilidad Sangrando Anemia
 Otro: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS: Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre y también todas las vitaminas y suplementos que esté tomando actualmente:
