

Dr Thomas A. Maguire
2825 E 4th Ave
Hialeah, Florida 33013
305-693-0033

Información de Paciente Nuevo

Quien lo refiere a nuestra oficina? _____

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Cell): _____ (Trabajo): _____

(Casa): _____ (Correo electrónico): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ___ M ___ F

Número de hijos: _____ Estado Civil: ___ C ___ S ___ D ___ V

Nombre de Esposo/ Esposa: _____ Ocupación: _____

Centro de Trabajo:

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre de Seguro: _____ Póliza: _____

Ha visto un Quiropráctico antes? ___ Si ___ No Cuando: _____

Nombre del Quiropráctico: _____

Medico Primario: (Nombre/Teléfono/Dirección) _____

Fecha del último examen médico: _____

Otro Dr que has visto para esta condición (Nombre y Especialidad)

Por favor indique cual medicamentos o vitaminas está tomando en este momento (o proporcione una lista o copia de sus medicamentos). _____

Ha tenido alguna cirugía? ___ Si ___ No

Indica que cirugía y cuando: _____

Tienes marcapasos? ___ Si ___ No

Mujeres Solamente:

Es posible que está embarazada? ___ Si ___ No Que tiempo tiene? _____

Tomas Píldoras anticonceptiva? ___ Si ___ No Fecha de la última mamografía? _____

Fecha de última menstruación: _____

Historia Social Y Hábitos:

Tomas Alcohol? ___ Si ___ No Cuanto al día? _____

Usted Fuma? ___ Si ___ No Cuanto al día? _____

Usa Tabaco? ___ Si ___ No Cuanto al día? _____

Usted ha tenido un problema con drogas: ___ Si ___ No

Con Cual(s): _____

¿Participa en alguna actividad de atlética? ___ Sí ___ No Cual(s) __

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre sus síntomas:

1. Cuando comenzó este dolor? _____ ¿Ha tenido este problema en el pasado? ___ Sí ___ No
2. ¿Con qué frecuencia es su dolor presente? ___ Constante (80-100%) ___ Frecuenté (50-80%)
___ Ocasional (25-50%) ___ Intermitente (menos de 50%)
3. Desde que comenzó el problema, el dolor esta? ___ Mejorando ___ Empeorando ___ Igual
4. ¿Cómo comenzó el problema?
___ Accidente de auto ___ Accidente de trabajo ___ Otro tipo de accidente
___ Inicio gradual ___ Inicio de pronto
5. ¿Qué hace mejor el problema?
___ Nada ___ Caminando ___ Sentado ___ Movimiento ___ Acostado ___ Inactividad
6. ¿Qué empeora el problema?
___ Nada ___ Caminando ___ Sentado ___ Movimiento ___ Acostado ___ Inactividad
7. ¿Cómo describiría el dolor? ___ Dolor Agudo ___ Molestia ___ Agujas ___ Calambre
___ Hormigueo ___ Pinchazos ___ Tieso ___ Espasmo ___ Entumecido ___ Quemadura
8. ¿El dolor lo despierta del sueño sin movimiento? ___ Si ___ No ___ Abecés
9. Ha tenido este problema antes? ___ Sí ___ No
10. ¿Es el dolor es más en la mañana o en la noche? ___ AM ___ PM ___ Igual Siempre
11. Donde el dolor de espalda o cuello se refleja? ___ De su espalda hacia encima de las rodillas
___ radia debajo de las rodillas ___ Espalda y Cadera solamente ___ Cuello ___ radia del brazo hasta
encima del codo ___ radia del brazo hasta debajo del codo ___ No Irradia
12. Su apetito ha disminuido desde que comenzó este dolor? ___ Sí ___ No
13. Este problema afecta su capacidad para hacer trabajo o otras actividades diarias? ___ No Afecta
___ Tengo alguna restricción física limitada pero puedo funcionar ___ Totalmente Incapacitado/a
___ Necesita un poco de ayuda con actividades diaria ___ No puedo funcionar sin asistencia.
14. Desde que su dolor comenzó ha tenido alguno de los siguientes?
___ Fiebre ___ Sudores/Nocturnos ___ Escalofríos ___ Pérdida de peso ___ Ninguno
15. Cuanto tiempo antes de tener este dolor busco su primer tratamiento?
___ Una semana o menos ___ 1-6 semanas ___ Mas de 6 semanas pero menos de 3 meses
___ 3 meses a 12 meses ___ más de 12 meses
16. Cuántas veces ha tenido este problema en el pasado?
___ Nunca ___ 1-3 episodios ___ 4 o más episodios

Por favor indique si hay alguien en su familia inmediata con antecedentes de cualquiera de los siguientes:

Cáncer ___ Si ___ No Quien: _____

Problemas de Corazón: ___ Si ___ No Quien: _____

Diabetes: ___ Si ___ No Quien: _____

POR FAVOR INDIQUE LOS SINTOMAS QUE USTED TIENE O QUE HA TENIDO ANTERIORMENTE:

	Actual	Pasado		Actual	Pasado		Actual	Pasado
Dolor de Espalda:	X	X	Mareo:	X	X	Pérdida de Audición:	X	X
Dolor/ Espasmo en el Cuello:	X	X	Fatigo o Desmayo:	X	X	Problemas de Riñón:	X	X
Mala Postura:	X	X	Problemas de Tiroides:	X	X	Problemas de Vejiga:	X	X
Entumecimiento en las Piernas o Brazos:	X	X	Diabetes:	X	X	Piedras en el Riñón:	X	X
Problemas de Circulación:	X	X	Pies Frio:	X	X	Regulación Menstrual:	X	X
Sensación de Alfileres o Agujas:	X	X	Condición de Corazón:	X	X	Dolor de Menstruación:	X	X
Dolor en las Piernas o Pies:	X	X	Dificultad Para Respirar:	X	X	Fiebre Reumática:	X	X
Enfermedad de los Huesos o la Articulación:	X	X	Ansiedad o Depresión:	X	X	Soríasis:	X	X
Articulación Inflammadas:	X	X	Dolor de Pecho:	X	X	Eczema:	X	X
Artritis / Bursitis:	X	X	Coágulos de Sangre:	X	X	Shingles:	X	X
Osteoporosis:	X	X	Presión Arterial Baja:	X	X	Párkinson:	X	X
Dolor en la Rodilla:	X	X	Presión Arterial Alta:	X	X	Parálisis:	X	X
Dolor en la Cadera:	X	X	Enfisema / Asma:	X	X	Cáncer:	X	X
Dolor de Pie o Tobillo:	X	X	Problemas de Sinusitis:	X	X	Tumor:	X	X
Problemas en el Hombro:	X	X	Anemia:	X	X	Fractura:	X	X
Dolor de Codo o Muñeca:	X	X	Indigestión:	X	X	Chemoterapia:	X	X
TMJ (Problemas de la Quijada):	X	X	Estreñimiento:	X	X	HIV:	X	X
Hernia Discal:	X	X	Ulcera:	X	X	Visión Borrosa:	X	X
Escoliosis:	X	X	Problemas de Vesícula Biliar:	X	X	Sonido en los Oídos:	X	X
Bursitis / Tendinitis:	X	X	Dolor de Cabeza/ Migraña:	X	X	Tensión / Estrés:	X	X

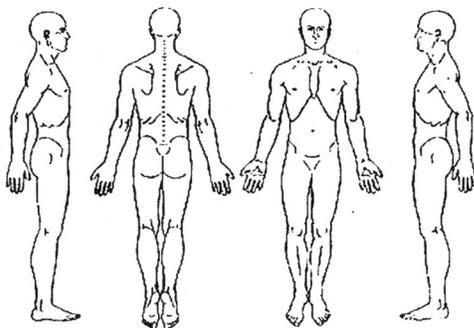
Tiene cualquier otra condición médica que debo tener en cuenta? Por favor

Explique: _____

Marque (X) en la figura E indique donde tiene su dolor:

Por favor indique la intensidad de su dolor

1-10 (0= no dolor 10= Máximo Dolor)



Dr Thomas A. Maguire
2825 E 4th Ave
Hialeah, Florida 33013
305-693-0033

Reconocimiento

Doy instrucciones al quiropráctico para entregar el cuidado que, en su criterio profesional, mejor me puede ayudar en la restauración de mi salud. También entiendo que el cuidado quiropráctico que se ofrece en esta práctica se basa en la mejor evidencia disponible y diseñada para reducir la subluxación vertebral correcta. La quiropráctica es una forma curativa, separada, y distinta de la medicina y no proclama para curar cualquier enfermedad o entidad nombrada

Puedo solicitar una copia de la política de privacidad y entender que describe cómo mi información personal de salud está protegido y puesto en libertad en mi nombre para obtener el reembolso de cualesquiera terceras personas implicadas.

Doy permiso para ser llamado/a para confirmar o cambiar su cita y para enviar tarjetas de vez en cuando, cartas, correos electrónicos o información de salud para mí como una extensión de mi atención en esta oficina.

Reconozco que cualquier seguro que pueda tener es un acuerdo entre el transportista y para mí y que soy responsable por el pago de los servicios cubiertos o no cubiertos que recibo.

A mi mejor capacidad, la información que he proporcionado es completa y correcta. No he falsificado la presencia, la gravedad o la causa de mi problema de salud.

Si el paciente es menor de edad, por favor escriba el nombre completo del niño:

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____