



## Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra, LLC

Ave. Jesús T. Piñero 1051, San Juan, PR 00920

(787)277-5967 / 277-5966 Fax 277-5962

www.tuquiropacticopr.com

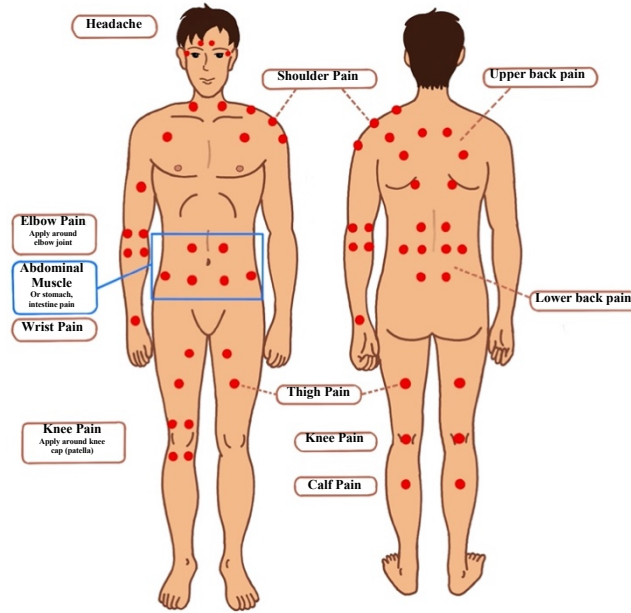
### Historial Confidencial del Paciente

**Favor de usar letra de molde**

Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small>MES / DÍA / AÑO</small>	Edad: _____ Sexo: ___F / ___M
Estado civil: _____	Cantidad de hijos: _____
Dirección:	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____	Celular: _____ <b>**compañía de celular:</b> _____
e-mail: _____	¿Nos autoriza a enviarle información y ofertas por email? ___ Sí ___ No
¿Cómo prefiere recibir los recordatorios de su cita? ___ Celular ___ Teléfono de casa ___ Mensaje de texto	
Lugar de trabajo: _____	Ocupación: _____
Dirección del trabajo: _____	Teléfono: _____
¿Cómo supo de nosotros?	
En caso de emergencia llamar al: _____	Relación con paciente: _____
<b>Razón(es) por la(s) cual(es) nos visita:</b>	<b>Fecha en que comenzó:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Otros síntomas:	
Doctores que ha visitado recientemente y sus especialidades:	
¿Está tomando algún medicamento con o sin receta? ¿Cuál(es)?	
Describa todas las hospitalizaciones, cirugías u operaciones que usted haya tenido y las fechas:	
Liste otras molestias de salud que usted padezca:	
1. _____	
2. _____	

- ¿Tiene usted...?**
- Su dolor es:**
- Siente el dolor si está:**
- Por favor, explique:** \_\_\_\_\_
- Siente:**
- dolor
  - ardor
  - sentado
  - calambres
  - adormecimiento
  - punzante
  - de pie
  - quemazón
  - hormigueos
  - constante
  - caminando
  - rigidez
  - molestia
  - intermitente
  - acostado
  - inflamación

**Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor.** Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina.



**En una escala del 1 al 10 (donde 1 es leve y 10 lo peor)**

Clasifique la severidad de sus síntomas

Cuello:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda media:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro _____:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Marque si padece de lo siguiente:**    F Frecuentemente    O Ocasionalmente    P en el pasado

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> asma             | <input type="checkbox"/> discos herniados      | <input type="checkbox"/> indigestión            |
| <input type="checkbox"/> resfriados       | <input type="checkbox"/> ciática               | <input type="checkbox"/> estreñimiento          |
| <input type="checkbox"/> vértigo (mareos) | <input type="checkbox"/> escoliosis            | <input type="checkbox"/> déficit de atención    |
| <input type="checkbox"/> alergias         | <input type="checkbox"/> problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> dolor de crecimiento   |
| <input type="checkbox"/> zumbido en oídos | <input type="checkbox"/> artritis              | <input type="checkbox"/> dolor de rodillas      |
| <input type="checkbox"/> desmayos         | <input type="checkbox"/> bursitis              | <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> entumecimiento   | <input type="checkbox"/> pérdida de fuerza     | <input type="checkbox"/> dolor de coyunturas    |
| <input type="checkbox"/> inflamaciones    | <input type="checkbox"/> hiperactividad        | <input type="checkbox"/> insomnio               |
| <input type="checkbox"/> sinusitis        | <input type="checkbox"/> adormecimiento        | <input type="checkbox"/> migraña                |
| <input type="checkbox"/> calambres        | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza       | <input type="checkbox"/> cáncer                 |
| <input type="checkbox"/> falta de memoria | <input type="checkbox"/> dolor de oídos        | <input type="checkbox"/> fracturas              |
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello  | <input type="checkbox"/> joroba                | <input type="checkbox"/> depresión/ nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> dolor de hombros | <input type="checkbox"/> neuritis/neuropatía   | <input type="checkbox"/> alta presión           |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda | <input type="checkbox"/> diabetes              | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos    |

**Lesiones antiguas pueden afectar el estado de salud actual. Por favor, marque X en todo lo que corresponda.**

- caídas/accidentes                       lesiones de cráneo                       peleas                       lesiones deportivas
- fracturas óseas                       dislocaciones                       cirugía                       golpes en la columna
- uso de bastón/ andador                       aparatos dentales                       tracción                       trabajo odontológico excesivo

**Otros:**

- ¿Hace ejercicios?                       ninguno                       moderado                       diario                       fuerte
- Labor diaria:                       sentado                       de pie                       liviana                       fuerte
- Descanso:                       suficiente                       poco
- Estrés familiar:                       mínimo                       moderado                       severo
- Estrés laboral:                       mínimo                       moderado                       severo
- fuma \_\_\_ pqts/ día                       alcohol \_\_\_ tragos/semana                       café/refrescos \_\_\_ vasos/día

Alergias a medicamentos y suplementos naturales: \_\_\_\_\_

**Seguro médico:**

Compañía aseguradora:	
Nombre del asegurado principal:	Relación con el paciente:
Fecha de nacimiento del asegurado:	
Empleador del asegurado:	
Número de contrato:	Número de grupo:

**Notificación de cubierta para tratamiento:**

Le informamos que su plan médico cubre \_\_\_\_\_ ajustes quiroprácticos por año de contrato. De usted necesitar más ajustes quiroprácticos para completar su tratamiento, contamos con planes prepagados con un descuento sustancial del costo por visita individual, los mismos serán pagados como tarifa privada. Para más información, pregunte a una de nuestras asistentes.

**Asignación y desembolso:**

**Yo, \_\_\_\_\_, certifico que tengo cubierta con \_\_\_\_\_ y autorizo el pago directamente al doctor/Clínica de todos los beneficios por los servicios rendidos. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre la compañía de salud y mi persona, y que soy responsable por los gastos incurridos no cubiertos por la póliza. Autorizo a la Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra a divulgar cualquier información necesaria para el pago de los beneficios y a utilizar mi firma electrónica. Certifico que toda la información suministrada en este formulario es verdadera.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado principal

\_\_\_\_\_  
Fecha