



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

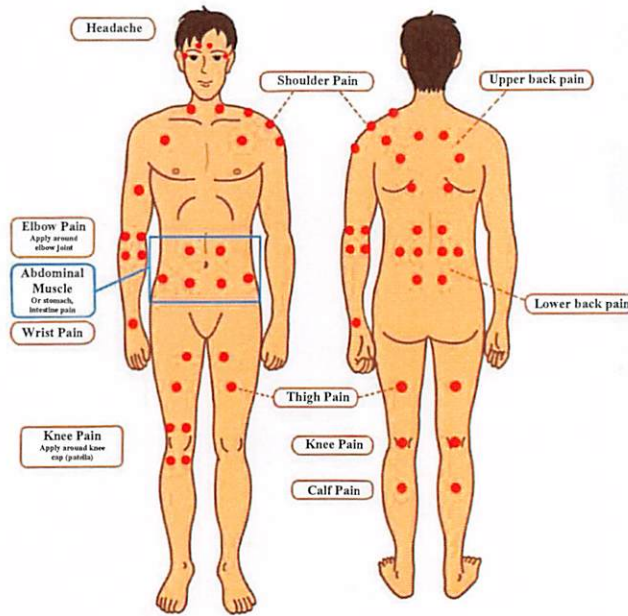
Historial Confidencial del Paciente

Favor de usar letra de molde

Nombre y apellidos:		fecha:	
Fecha de nacimiento:	/ /	Edad:	Sexo: ___F / ___M
<small>MES / DIA / AÑO</small>			
Estado civil:	Cantidad de hijos: _____	Embarazo _____	Si _____ No _____ Semanas _____
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono de casa:	Celular:	*Compañía de celular: _____	
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:	
Razón(es) por la(s) cual(es) nos visita:			Fecha en que comenzó:
1.			
2.			
3.			
Otros síntomas:			
Doctores que ha visitado recientemente y sus especialidades:			
¿Ha visitado algún fisiatra durante los últimos meses? _____ Si _____ No			
¿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...? dolor adormecimiento hormigueos molestia
- Su dolor es: ardor punzante constante intermitente
- Siente el dolor si está: sentado de pie caminando acostado
- Por favor, explique: _____
- Siente: calambres quemazón rigidez 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.

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> caídas/accidentes | <input type="checkbox"/> lesiones de cráneo | <input type="checkbox"/> peleas | <input type="checkbox"/> lesiones deportivas |
| <input type="checkbox"/> fracturas óseas | <input type="checkbox"/> dislocaciones | <input type="checkbox"/> cirugía | <input type="checkbox"/> golpes en la columna |
| <input type="checkbox"/> uso de bastón/ andador | <input type="checkbox"/> aparatos dentales | <input type="checkbox"/> tracción | <input type="checkbox"/> trabajo odontológico excesivo |

Otros:

- | | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|---------------------------------|
| ¿Hace ejercicios? | <input type="checkbox"/> ninguno | <input type="checkbox"/> moderado | <input type="checkbox"/> diario | <input type="checkbox"/> fuerte |
| Labor diaria: | <input type="checkbox"/> sentado | <input type="checkbox"/> de pie | <input type="checkbox"/> liviana | <input type="checkbox"/> fuerte |
| Descanso: | <input type="checkbox"/> suficiente | <input type="checkbox"/> poco | | |
| Estrés familiar: | <input type="checkbox"/> mínimo | <input type="checkbox"/> moderado | <input type="checkbox"/> severo | |
| Estrés laboral: | <input type="checkbox"/> mínimo | <input type="checkbox"/> moderado | <input type="checkbox"/> severo | |
| <input type="checkbox"/> fuma ___ ppts/ día | <input type="checkbox"/> alcohol ___ tragos/semana | <input type="checkbox"/> 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 Jarrof 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