



FECHA DE HOY: _____ A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A ESTA OFICINA? _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ fecha : _____ - _____ -Edad: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Operador de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Seguro Social #: _____

Preferred Method of Contact: Email Text Call

Empleador: _____ Occupation: _____

Estádo civil: Soltero Casado(a) Divorciado Viudo(a) Nombre del esposo(a): _____

de hijos, nombres, and edades: _____

Quien es su medico primario? _____ Podemos contactar a su proveedor? Yes No

Numero de emergencia: _____ Relación: _____

HISTORIA DE QUEJA

Identifique las condiciones que lo trajeron a esta oficina:

Queja principal: _____ Fecha de inicio: _____

Queja secundaria: _____ Fecha de inicio: _____

Queja tercera: _____ Fecha de inicio: _____

Cuarta queja: _____ Fecha de inicio: _____

Quinta quejat: _____ Fecha de inicio: _____

Usando lad queja(s) que mencionó anteriormente, califique la queja (s) marcando con un círculoel numero. En una escala de 0 a 10, 0 es sin dolor y 10 es el peor dolor.

La queja principal: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La queja secundaria: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La tercera queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La cuarta queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La quinta queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Historia pasada

Describe las lesiones, cirugías y enfermedades pasadas. Si no hay ninguna, escriba "NINGUNA" en la categoría correspondiente.

	Hace cuanto tiempo?	Tipo de atención recibida?	Por quién?
LESIONES ⑦			
SIRUGÍAS ⑦			
ENFERMEDAD INFANTIL ⑦			
ENFERMEDAD ADULTA ⑦			

HISTORIA SOCIAL

- Fumar:** cigarros pipa cigarillos e-cig hookah
Frecuencia? diario fines de semana ocasional nunca
- Bebidas alcohólicas:** average # de bebidas _____
Frecuencia? diario fines de semana ocasional nunca
- Drogas recreativas:** marijuana other: _____
Frecuencia? diario fines de semana ocasional nunca
- Ejercicio:** pesado moderado ligero
Frecuencia? diario fines de semana ocasional never

Mediamentos y suplementos

Enumere todas las vitaminas, suplementos y medicamentos con y sin receta. Si no hay ninguno escribe "NINGUNO."

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Tienes antecedentes familiares con alguno de los siguientes? cancer cerebrovascular alta presión diabetes otro

Por favor explique toda castilla que halla marcado: _____

ACTIVIDADES

Identifique cómo su (s) condición (es) actual (es) afecta (n) su capacidad para llevar a cabo las siguientes actividades de la vida diaria:

Levantacometibles/niños	<input type="checkbox"/> sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso(puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Sentarse o pararse	<input type="checkbox"/> sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso(puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Subir escaleras	<input type="checkbox"/> sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Vestirse	<input type="checkbox"/> sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Ducharse/Bañ	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Conduciendo automovil	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Barrer/Aspirar/lavar ropa	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso(puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar
Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (límites)	<input type="checkbox"/> No se puede realizar

Si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones, indíquelo seleccionando las siguientes letras:

P = tenido en el pasado **A**= Actualmente tengo **N** = Nunca he tenido

Cancer	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Asthma	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Alergias de alimentos	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Diabetes	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Migraña	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Tumor	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Imbalances hormonales	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Problemas de la prostata	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dislocación	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Reproductive Problems	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Alta presión	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Baja presión	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Huesos fracturados	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N

Si alguna vez ha experimentado alguna de las siguientes condiciones, indíquelo seleccionando las siguientes letras:

P = tenido en el pasado **A** = Actualmente tengo **N** = Nunca he tenido

Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Sininitis\drenaje	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de mandibula/ TMJ	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Mareos	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de hombro	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Perdida de balance	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de espalda superior o media	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Desmayo	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Vista doble o nublada	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Sonando en los oidos	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Perdida de audición	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor cuando toze o estornuda	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Depression	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de pies	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Irritabilidad	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Cambios de humor	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Articulaciones inflamadas/dolorosas	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Dificultad en dormir	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Mojar la cama	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Temblores	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Problemas menstruales / PMS	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Sintomas de menopausia	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Acidez estomacal / reflujo ácido	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Infertilidad	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Ulceras	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Impotencia / Disfunción Sexual	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Entumecida/hormigueo brazos, manos, dedps	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N
Dificultad de respiración	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N	Entumecida/ hormigueo piernas, pies, dedos de los pies	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a ADJUST Chiropractic Health Center por todos los beneficios que pueden pagarse bajo un plan de atención médica o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo la utilización de este formulario o copias del mismo con el fin de procesar reclamos y efectuar pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios de ninguna manera me libera de la responsabilidad del pago y que seguiré siendo financieramente responsable de AJUSTAR a Chiropractic Health Center por todos y cada uno de los servicios que recibo en esta oficina. ereby authorize payment to be made directly to ADJUST Chiropractic Health Center for all benefits which may be payable under a healthcare plan or from any other collateral sources. I authorize utilization of this form or copies thereof for the purpose of processing claims and effecting payments, and further acknowledge that this assignment of benefits does not in any way relieve me of payment liability and that I will remain financially responsible to ADJUST Chiropractic Health Center for any and all services I receive at this office.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha formulario completado

Firma del médico

Fecha de revisión del formulario Page 3

ESCALA DE ANÁLOGO VISUAL CUADRUPLE

Nombre del paciente _____

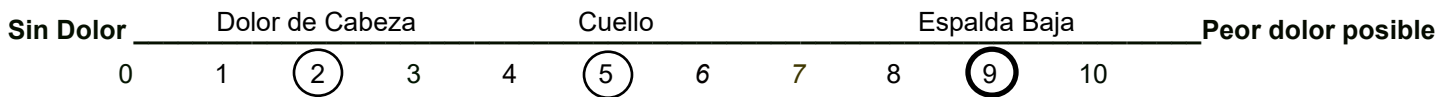
Fecha _____

Por favor lea cuidadosamente:

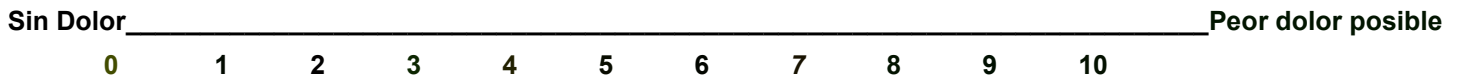
Instrucciones: Encierre en un círculo el número que mejor describa la pregunta que se hace.

Nota: Si tiene más de una queja, responda cada pregunta para cada queja individual e indique el puntaje de cada queja. Indique su nivel de dolor en este momento, el dolor promedio y el dolor en su mejor y peor.

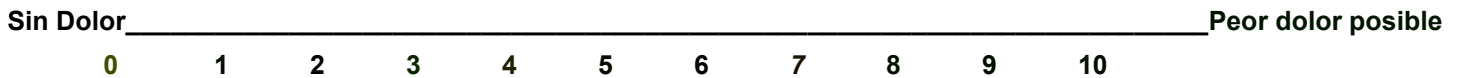
Ejemplo:



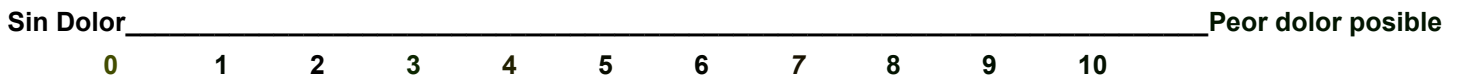
1- Cual es su nivel de dolor AHORA MISMO?



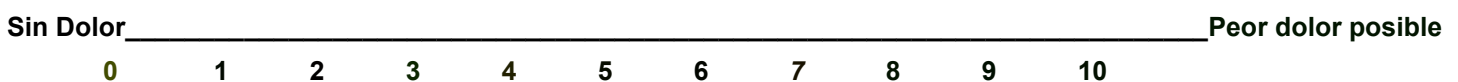
2 - Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO?



3- Cuál es su nivel de dolor EN SU MEJOR (¿Qué tan cerca de "0" llega su dolor en su mejor momento)?hat is your pain level AT ITS BEST (How close to "0" does your pain get at its best)?



4- Cuál es su nivel de dolor EN SU PEOR (¿Qué tan cerca de "10" llega su peor dolor)?



OTROS COMENTARIOS:

Examiner Reprinted from Spine, 18, Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow SF, Back pain in primary care: Outcomes at 1 year, 855-862, 1993, with permission from Elsevier Science.

AJUSTE AVISO QUIROPRÁCTICO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Esta oficina debe notificarle por escrito que, por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su información personal de salud. Además, debemos proporcionarle un aviso por escrito sobre sus derechos para obtener acceso a su información de salud y las circunstancias potenciales bajo las cuales, por ley o según lo dicte nuestra política de la oficina, se nos permite revelar información sobre usted a un tercero sin su autorización. A continuación se muestra un breve resumen de estas circunstancias. Si desea una explicación más detallada, se le proporcionará una. En Además, encontrará que hemos colocado varias copias en las carpetas de informes con la etiqueta "HIPAA" en las mesas de la recepción. Una vez que haya leído este aviso, firme la última página y devuelva solo la página de firma a nuestra recepcionista de recepción. Mantenga esta página para sus registros.

DIVULGACIONES PERMITIDAS:

1. Propósitos del tratamiento: discusión con otros proveedores de atención médica bajo su cuidado.
2. Divulgación involuntaria: área abierta de tratamiento significa discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el médico, informe a nuestro personal para que podamos ubicarlo en una sala de consulta privada.
3. Para fines de pago: para obtener el pago de su compañía de seguros o cualquier otra fuente de garantía.
4. Para fines de compensación de trabajadores: para procesar un reclamo o ayuda en la investigación.
5. Emergencia: en caso de una emergencia médica, podemos notificar a un miembro de la familia.
6. Para la salud y seguridad públicas: para prevenir o disminuir una amenaza grave o eminente para la salud o la seguridad de una persona.
7. A agencias gubernamentales o fuerzas del orden: para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
8. Para fines militares, de seguridad nacional, de reclusos y beneficios gubernamentales.
9. Personas fallecidas: discusión con forenses y médicos forenses en caso de fallecimiento de un paciente.
10. Llamadas telefónicas o recordatorios por correo electrónico y citas: podemos llamar a su casa y dejar mensajes con respecto a una cita perdida o informarle sobre cambios en las horas de práctica o próximos eventos.
11. Cambio de titularidad: en caso de que se venda esta práctica, los nuevos propietarios tendrán acceso a su Información de salud personal.

TUS DERECHOS:

1. Recibir un informe de divulgaciones.
2. Para recibir una copia impresa del Aviso de privacidad completo "Detalle".
3. Solicitar envíos a una dirección diferente a la residencia.
4. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones y con quién divulgamos información, aunque no estamos obligados a cumplir. Sin embargo, si estamos de acuerdo, la restricción estará vigente hasta que se notifique por escrito su intención de eliminar la restricción.
5. Para inspeccionar sus registros y recibir una copia de sus registros sin cargo, con previo aviso.
6. Solicitar modificaciones a la información. Sin embargo, al igual que las restricciones, no estamos obligados a aceptarlas.
7. Para obtener una copia de sus registros sin cargo, cuando se proporciona un aviso oportuno (72 horas). Las radiografías son registros originales y, por lo tanto, no tiene derecho a ellas. Si desea que los subcontratemos a un centro de imágenes para que se realicen copias, estaremos encantados de atenderlo. Sin embargo, usted será responsable de este costo.

QUEJAS

Si desea presentar una queja formal sobre cómo manejamos su información de salud, llame al Dr. Jason Abaza o la Dra. Marissa Abaza al (973) 957-0836. Si los médicos no están disponibles, puede hacer una cita con nuestra recepcionista para ver a un médico dentro de las 72 horas o 3 días hábiles. Si aún no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja su queja, puede enviar una queja formal a:
DHHS, Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Ave. SW, Room 509F HHH Building, Washington DC 20201

He recibido una copia del Aviso de privacidad del paciente ADJUST Chiropractic Health Center. Entiendo mis derechos, así como el deber de la práctica de proteger mi información de salud, y he transmitido mi comprensión de estos derechos y deberes al médico. Además, entiendo que esta oficina se reservó el derecho de modificar este "Aviso de Prácticas de Privacidad" en un momento futuro y hará que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información que se mantiene pasada y presente.

Soy consciente de que tengo disponible una versión más completa del "Aviso" y de varias copias guardadas en el área de recepción. En este momento, lo hago

No tengo ninguna pregunta sobre mis derechos o la información que he recibido.

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Formulario de divulgación de información médica

(Formulario de autorización de HIPAA)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Liberación de información

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros; examen realizado a mí y reclama información. Esta información puede divulgarse y permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito para:

- Esposo(a) _____
- Hijos(as) _____
- Otra _____
- La información no se debe divulgar a nadie.

Mensajes

Si necesito ser contactado, por favor llame a mi:

- Telefono de casa: _____
- Telefono de trabajo: _____
- Telefono celular: _____

Si no puede comunicarse conmigo:

- Puede dejar un mensaje en detalle.
- Por favor de dejar un mensaje para devolver su llamada.
- otro: _____

El mejor momento para contactarme es (día) _____ entre (Hora) _____.

Firma del paciente

Fecha