

Nuevo formulario de historia clínica del paciente

Para poder proporcionarle la mejor atención posible, solicitamos que complete este formulario y concurra con él a la primera consulta. La información de formulario es estrictamente CONFIDENCIAL.

Datos del paciente

Nombre Apellido Fecha E-mail*

*Nadie más que nosotros tendrá acceso a su correo electrónico, que solo se utilizará para enviar eventuales avisos y promociones del centro.

Domicilio

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (casa) (trabajo) Derivado por

Edad Fecha de nacimiento Cantidad de hijos Ocupación

Empleador Estado civil

Nombre del esposo/de la esposa Ocupación del esposo/la esposa

Empleador del esposo/la esposa Contacto de emergencia

Teléfono

Nombre y teléfono del médico de cabecera

Afecciones actuales

Tipo de lesión: Automovilística* Laboral Otra

Describe la lesión:

Fecha de la lesión Fecha en que aparecieron los síntomas

¿Siempre tuvo esta enfermedad? No Sí En caso afirmativo ¿desde cuándo?

Consigne a qué otros terapeutas consultó por esta lesión/enfermedad

¿Alguna vez se atendió con un quiropráctico? No Sí

En caso afirmativo, describa el tipo de atención

Información del seguro

Nombre del responsable del pago Teléfono

¿Tiene seguro médico? No Sí Nombre de la compañía

***En caso de tratarse de un accidente automovilístico o de trabajo, especifique:**

Compañía de seguros ID compañía de seguros

Persona de contacto Teléfono

Numero de reclamo Nombre y Telefono de Abogada(o)

Firmas

Nombre del asegurado _____

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud/accidentes constituyen un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Entiendo y acepto que deberé abonar los cargos correspondientes a la totalidad de los servicios prestados y que deberé cancelarlos debidamente. Entiendo que en caso de suspensión o interrupción de una consulta o tratamiento se cobrarán los cargos respectivos, los cuales deberé abonar de forma inmediata.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del esposo/la esposa o tutor/a _____ Fecha _____

Antecedentes personales de salud

¿Recibió tratamiento por alguna enfermedad el último año? No Sí

En caso afirmativo, describa

Fecha del último chequeo clínico ¿Hay posibilidad de que esté embarazada? No Sí

¿Le hicieron radiografías? No Sí En caso afirmativo, ¿dónde?

¿Qué medicamentos toma y por qué enfermedades? (Proporcione la lista de dosis, cantidad, etc.)

¿Qué vitaminas, minerales o hierbas toma en este momento? (Especificar por qué enfermedad, dosis y frecuencia)

Responda:	No	Sí	Explique brevemente
¿Alguna vez se quebró algún hueso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Alguna vez estuvo hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Alguna vez tuvo un accidente de auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Alguna vez tuvo distensiones/torceduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Alguna vez sufrió un desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Alguna vez se sometió a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Antecedentes familiares

Miembros de la familia. Antecedentes de salud presentes y pasados (ej.: enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, artritis, etc.)

¿Siente dolores a diario?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Los síntomas interfieren con su vida diaria?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Se despierta de noche por el dolor?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Los síntomas empeoran en algún momento del día?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Los cambios climáticos influyen en los síntomas?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Utiliza algún tipo de ortesis?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Toma suplementos vitamínicos?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Qué actividades agravan sus síntomas?	<input type="text"/>	

Historia clínica y evaluación

Nombre del paciente _____ Fecha _____

¿Cuántas días a la semana hace ejercicio? _____ ¿Cuánto tiempo dura el ejercicio? _____ minutos/horas
Tipo _____

¿En qué posición duerme? Lateral Boca abajo Boca arriba Otra _____

¿Cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Qué tipo de colchón usa? (resortes, espuma, agua, aire) _____

¿Qué tipo de almohada utiliza para dormir? (espuma, espuma con memoria, relleno sintético, plumas, otra) _____

¿Usa plantillas ortopédicas como soporte del talón o el arco? _____ ¿Toma anticoagulantes (como heparina, coumadin, warfarina), píldoras anticonceptivas, esteroides? _____

¿Tiene antecedentes **familiares** de artritis reumatoidea, gota, espondilitis anquilosante, lupus, derrame cerebral (*stroke*)? _____

Indique si tuvo algunas de las siguientes enfermedades o síntomas:

General

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso si causa | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Disminución de la energía | <input type="checkbox"/> Uso de antibióticos fluoroquinolonas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Úlceras o erupciones cutáneas |
| <input type="checkbox"/> SIDA o VIH | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Sofocones | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir o insomnio |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | | |

Sistema neuromuscular

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (<i>stroke</i>) | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar o tragar |
| <input type="checkbox"/> Crisis epiléptica | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Adormecimiento u hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |
| <input type="checkbox"/> Dislocaciones | <input type="checkbox"/> Cambios en la visión, el olfato, el oído o el gusto | <input type="checkbox"/> Cambio de ánimo o conducta |
| <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> Aturdimiento | <input type="checkbox"/> Dolor o rigidez de cuello |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Mareos/vértigo | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Ciática | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | |

Sistema cardiovascular

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Inflamación o enrojecimiento de brazos o piernas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación o hemorragias | <input type="checkbox"/> Moretones inusuales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Encías sangrantes |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Dolor torácico | <input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos inflamados |
| <input type="checkbox"/> Paro cardíaco | <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva |
| <input type="checkbox"/> Sangrado por nariz | | |

Sistema respiratorio

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Sibilancia |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Tos o cambios en la tos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | |

Sistema digestivo

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Dolor o dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Cálculos | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Gases o eructos en exceso |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Sangre en heces |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Heces negras |

Aparato urogenital

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Sangre en orina | <input type="checkbox"/> Pérdida de control de vejiga o intestinal |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata | <input type="checkbox"/> Mayor frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Cambio en el sangrado menstrual |

____ En caso de no tener ninguno de los síntomas antes mencionados, coloque su inicial aquí.

Declaro haber leído y completado el formulario yo mismo. Firma _____

Marque cuál es su problema o dolor

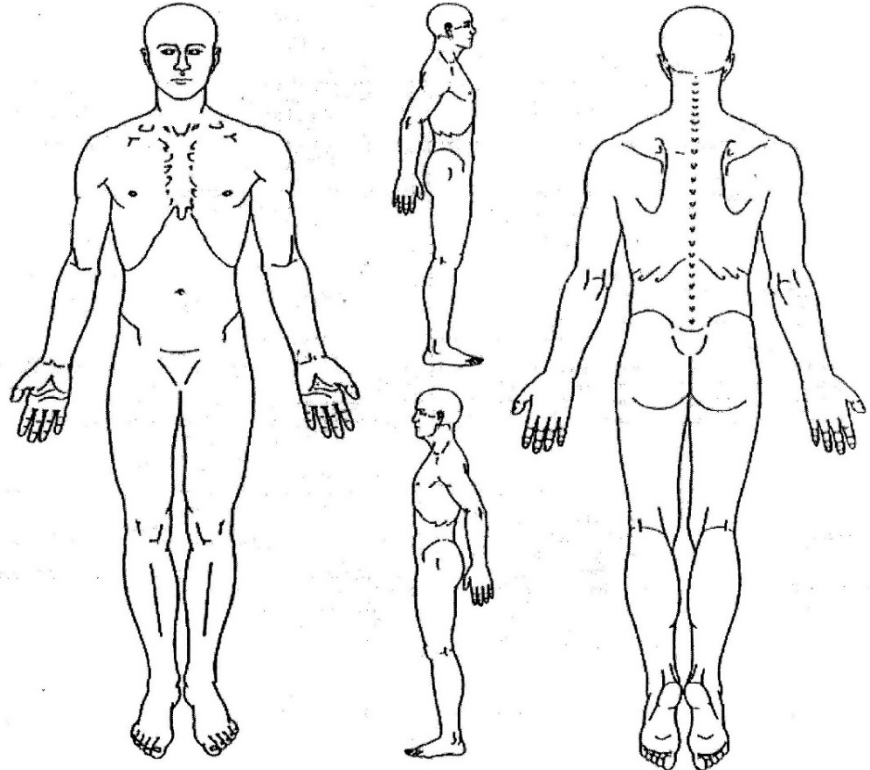
Paciente:

Fecha:

Por favor, señale dónde se ubica su dolor o malestar en las imágenes a continuación. Utilice los símbolos para representar el tipo (s) de dolor. Marque las áreas hacia donde se irradia incluyendo TODAS las áreas afectadas.

- A = Dolorido
 B = Dolor ardiente/caliente
 C = Dolor punzante
 D = Entumecido
 E = Calambres
 F = Frío
 G = Hormigueo

Por favor escriba abajo si es necesario



Por favor seleccione el nivel que mejor representa el dolor según la siguiente escala. Si es necesario escriba en el espacio a continuación.

Escala: 0 a 10 Sin dolor = 0 Dolor insoportable = 10

1. En este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 2. Su dolor cualquier día: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 3. Su dolor en su mejor día: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 4. Cuán fuerte es su dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor escriba abajo si es necesario

Consentimiento Informado de Consulta

Las decisiones sobre su salud dependen exclusivamente de usted. Parte de nuestro trabajo consiste en proporcionarle la información necesaria para ayudarlo a tomar decisiones informadas. En general, este proceso se define como «consentimiento informado» y consiste en que usted comprenda y esté de acuerdo con lo que recomendamos, los beneficios y riesgos asociados con la consulta, las alternativas posibles y el potencial efecto sobre su salud si decide no recibir asistencia médica.

En caso de que corresponda, realizaremos chequeos y exámenes de diagnóstico. Los exámenes que se realicen se harán con la debida diligencia y cuidado, pero puede que causen molestias.

La quiropraxia consiste principalmente en lo que se conoce como ajuste quiropráctico. Puede que además se realicen procedimientos o recomendaciones adicionales. Al realizar un ajuste, utilizamos nuestras manos o un instrumento para repositonar las estructuras anatómicas, como las vértebras. Entre los potenciales beneficios del ajuste se incluyen: recuperación del movimiento normal de la articulación reduciendo así la inflamación en la articulación, reduciendo el dolor de la articulación y mejorando el funcionamiento neurológico y el bienestar general. Es importante que entienda que, así como sucede con cualquier otro tipo de prestación médica, no se pueden garantizar los resultados y que no existe promesa de cura. Como en el caso de todas las intervenciones médicas, existen algunos riesgos a tener en cuenta, incluidos, entre otros: espasmos musculares, agravamiento y/o incremento temporario de los síntomas, no mejora de los síntomas, quemaduras y/o cicatrices causadas por la estimulación eléctrica y por las terapias con frío o calor, como las almohadillas de calor o el hielo, fracturas (huesos rotos), lesiones de disco, derrame cerebral, dislocaciones, distensión y torceduras. Con respecto al derrame cerebral, existe una enfermedad no frecuente, pero grave, conocida como «disección arterial» que generalmente es causada por un desprendimiento de la capa interna de la arteria que podría provocar que se genere un trombo (coágulo) que podría llegar a derivar en un derrame cerebral. La evidencia científica indica que el ajuste quiropráctico no causa una disección en una arteria normal y saludable. Los procesos de una enfermedad, los trastornos genéticos, la medicación, y las anomalías en los vasos pueden hacer que una arteria sea más susceptible a la disección. Los accidentes cerebrovasculares provocados por una disección arterial se asocian a más de 72 actividades diarias como estornudar, conducir y jugar al tenis. Las disecciones arteriales se producen en 3 a 4 de cada 1000 personas, reciban o no asistencia médica. Los pacientes que padecen de esta afección a menudo, no siempre, asisten a la consulta del médico clínico o quiropráctico con dolor de cuello o de cabeza. Desafortunadamente, algunos de estos pacientes sufrirán un derrame cerebral.

Los registros indican que la vinculación entre la consulta con el quiropráctico y el derrame cerebral es altamente infrecuente, y se estima que la relación es de uno a dos en un millón de ajustes quiroprácticos. En comparación, la incidencia de admisiones hospitalarias atribuidas al uso de aspirina en los principales eventos gastrointestinales de la totalidad del tracto intestinal (superior e inferior) fue de 1219 eventos por un millón de personas al año, y el riesgo de muerte se estima en 104 por millón de usuarios.

También es importante que entienda que existen otras opciones de tratamiento para su enfermedad además de la quiropraxia. Es posible que ya haya probado muchos de ellos. Entre las opciones se incluyen, entre otras: autotratamiento, analgésicos de venta libre, medidas físicas y descanso, tratamiento médico con medicamentos recetados, terapia física, elementos ortopédicos, inyecciones y cirugía. Por último, usted tiene derecho a recibir una segunda opinión y a asegurarse de tener otra perspectiva sobre su situación y un tratamiento que usted crea conveniente.

Declaro haber leído (o que alguien ha leído por mí) el presente consentimiento informado. Entiendo que no es posible prever todas las posibles complicaciones derivadas de la práctica. Declaro, asimismo, que tuve oportunidad de hacer todas las preguntas relativas al contenido de este documento y que al firmarlo, declaro estar de acuerdo con toda recomendación presente o futura de recibir la asistencia quiropráctica conveniente para mi caso. El presente consentimiento se aplica a la totalidad del tratamiento a cargo de todos los prestadores de este centro respecto de mi enfermedad actual y de otras afecciones futuras por las cuales reciba atención en este centro.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Padre o tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Seguro y cesión de beneficios:

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud/accidentes constituyen un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Entiendo que, en última instancia, yo soy responsable por todos los cargos derivados de la atención médica recibida. Para mi conveniencia, mi compañía de seguros autoriza a Tri Modern Health una serie de beneficios que no resulta vinculante. Los servicios exactos que se me proporcionen se corresponderán con la necesidad clínica del día de la consulta. Entiendo que estarán a mi cargo las prestaciones que reciba y que no estén cubiertas o incluidas (por ejemplo, los códigos 99202-99204, 99212-99214 o los códigos de terapia 97140, 97035, 97032, acupuntura) en mi seguro de salud y, por ende, acuerdo pagar por los servicios provistos. Al firmar el presente Consentimiento autorizo a Tri Modern Health a presentar reclamos en mi nombre. Luego de recibido el detalle del alcance de la cobertura de mi compañía de seguros, se me cobrará el saldo restante o reembolsará el monto que corresponda, en caso de ser aplicable.

Notificación de Prácticas Privadas de HIPPA (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico) y Consentimiento para el uso de información médica: _____, por el presente declara que al firmar este Consentimiento reconoce y acuerda lo siguiente:

Que recibió la Notificación de Prácticas Privadas previo a la firma de este Consentimiento. Que la Notificación de Prácticas Privadas incluye una descripción completa de los usos y/o la divulgación que se hará de mi información médica protegida ("PHI") necesaria para poder recibir tratamiento de parte del Prestador y también necesaria para que el Prestador reciba la contraprestación adecuada por el tratamiento proporcionado y las prestaciones de atención médica. El Prestador me explicó que la Notificación de Prácticas Privadas estará disponible siempre que la solicite. El Prestador también me explicó que tengo derecho a solicitar una copia de la Notificación de Prácticas Privadas previo a la firma del Consentimiento, y me recomendó leer la Notificación de Prácticas Privadas atentamente antes de firmar este Consentimiento.

El Prestador se reserva el derecho de cambiar las políticas de privacidad previstas en la Notificación de Prácticas Privadas de conformidad con la legislación aplicable.

Declaro entender y prestar mi consentimiento a los siguientes recordatorios de consulta del Prestador: a) una postal enviada al domicilio por mí declarado; y b) llamada telefónica al teléfono de mi casa para dejar un mensaje en la contestadora o a través de la persona que atiende la llamada.

El Prestador podrá utilizar y/o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o enfermedad y el tratamiento administrado) a los fines del tratamiento y para obtener el pago por el tratamiento provisto, y según sea necesario para el desarrollo de las prestaciones de atención médica.

Entiendo que en caso de revocar mi consentimiento en cualquier momento, el Prestador tendrá derecho a negarse a proporcionarme tratamiento. Entiendo que si no firmo este Consentimiento respecto de los usos y divulgaciones que aquí se detallan y descriptos en la Notificación de Prácticas Privadas, el Prestador no me proporcionará tratamiento.

Declaro haber leído y entendido esta notificación y haber recibido respuesta a todas mis preguntas de forma por mí comprensible.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____