

PACIENTE PEDIATRICO

Si usted necesita ayuda para completar este documento, pregúntenos.

Será un placer poder ayudarle.

Información Confidencial del Paciente

1. Información del Paciente

Apellidos		Nombre		Inicial	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social XXX-XX-____		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección postal 0					
Pueblo		Estado		Código Postal	
Teléfono residencial			Celular De Madre:	Celular de Padre	
Teléfono del trabajo			E-mail		
Nombre del Padre					
Nombre de la Madre					
Numero de Hnos.	Peso al Nacer	Peso Actual	Tamaño al Nacer	Tamaño Actual	
Tipo de Parto : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea			Lugar de Parto <input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> Centro Natal <input type="checkbox"/> Hospital		
Problemas Durante el Embarazo: (Si alguno)					
Problemas Durante el Parto: (Si alguno)					
Anomalías y/o defectos congénitos		Alimentación infantil <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Botella <input type="checkbox"/> Formula		Hrs de sueño Nocturnas	
Calidad de Dormir: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre			Nombre del Medico Obstetra o Partera (midwife)		
Pediatra o Medico			Fecha de la Ultima visita al Medico:		
			Propósito:		
Historial de Inmunizaciones:			Propósito de esta visita:		
4. Información de Seguro Médico			¿El asegurado y el paciente son la misma persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo es, no complete esta sección.		
Nombre del Asegurado Principal				Compañía de Seguro Médico	
Dirección					
Ciudad	Estado		Código Postal		

Fecha de Nacimiento	# Contrato	# Grupo	Relación <input type="checkbox"/> esposo(a) <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> otro
---------------------	------------	---------	--

¿Cómo supo de nuestra oficina ?

Describa todas las hospitalizaciones, cirugías u operaciones que usted haya tenido y las fechas:

¿Por cuánto tiempo lleva experimentando esta molestia principal?

¿Cómo usted siente su dolor? Ardor Adormecimiento Punzadas Latidos Hormigueo Otro: _____

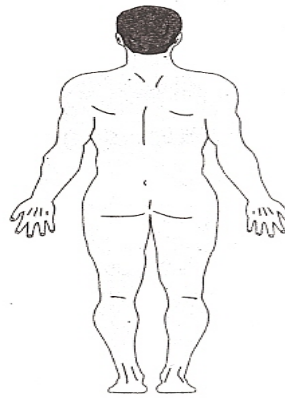
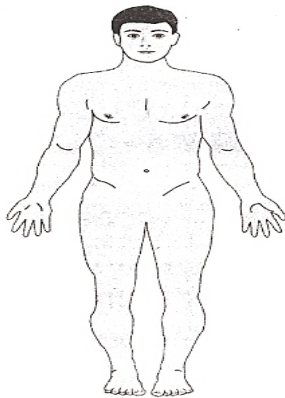
¿Con qué frecuencia experimento esta molestia? Constante Diario Semanal Mensual Anual

¿Qué cree usted que está causando su molestia principal?

Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro. Dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Luego identifique dejándose llevar por la descripción de la escala, la intensidad del dolor en este momento en el área que aplique. Utilice los símbolos a continuación:

Dolor >>> Adormecimiento === Alfilerazos ooo Ardor xxx Punzadas /// Latidos ~~~

1. sin dolor	2. Incomodidad	3. dolor que no afecta mis actividades	4. dolor que afecta mis actividades	5. dolor que me previene de hacer mis actividades	6. dolor que me limita el tiempo de trabajo	7. dolor que no me permite trabajar	8. dolor que no me permite trabajar, ni hacer mis actividades personales	9. dolor que me deja en cama	10. dolor que no puedo soportar
--------------	----------------	--	-------------------------------------	---	---	-------------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------



Cuello: -----

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

Historial Personal

Marque las condiciones que ha padecido o padece actualmente.

Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar o contenerla <input type="checkbox"/>	Indigestión <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Dislocaciones <input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias <input type="checkbox"/>
Alta Presión Sanguínea <input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/>	Infección venérea <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>
Apendicitis <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/>	Mareos <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Hígado <input type="checkbox"/>	Náusea <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/>	Neumonía <input type="checkbox"/>
Angina <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Vesícula <input type="checkbox"/>	Pies Planos <input type="checkbox"/>
bursitis <input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/>	Pleuresía <input type="checkbox"/>
Calambres Menstruales <input type="checkbox"/>	Escoliosis <input type="checkbox"/>	Polio <input type="checkbox"/>
Cambio de Peso <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Problemas Nerviosos <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>	Pulmonía <input type="checkbox"/>
Derrame cerebrales <input type="checkbox"/>	Fracturas <input type="checkbox"/>	Quistes Uterinos <input type="checkbox"/>
Desmayos	Gota <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Desorden Mental <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>	Tumores <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo <input type="checkbox"/>	Sudores Nocturnos <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Hipoglucemia <input type="checkbox"/>	Varicela <input type="checkbox"/>

¿Cómo es su dieta? <input type="checkbox"/> Balanceada <input type="checkbox"/> No Balanceada	¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

¿Cómo es su estrés familiar? <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Severo	¿Cómo es su estrés en el trabajo? <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Severo
---	--

Medicamento	Razón
1.	
2.	
3.	
4.	

En su visita inicial recopilaré información de su historial médico, haré la consulta y evaluación. De poderle ayudar, le recomendaré, de ser necesario, otros estudios diagnósticos para evaluar su condición. De entender que su condición no va a responder al tratamiento quiropráctico, le referiré a otro profesional de la salud.

Yo _____ entiendo y acepto que:
(Nombre del paciente)

- la consulta, examen y radiografías tomadas son para propósito de información y diagnóstico mi caso puede no ser aceptado para tratamiento quiropráctico en esta oficina
- las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre la compañía de seguros y mi persona y soy responsable por los gastos incurridos no cubiertos por la póliza, pagaderos cuando se me facturen y testifico que toda la información suministrada es verdadera.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Consentimiento para usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de Tratamiento Pago a Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) de 1996 requiere que se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en Quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La carta de derechos y obligaciones de paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios deberemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra oficina.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y esta de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha en el espacio que se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y esta de acuerdo con que **La Oficina del Grupo Quiropráctico del Norte** use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o cualquiera otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de su salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquiera otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, **La Oficina del Grupo Quiropráctico del Norte** no esta obligada a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si **La Oficina del Dr. Marcos J Arraiza Cabáan** aceptara las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestra oficina en Quiropráctica deberá cumplirlas.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y cuanto que LA OFICINA DEL **Grupo Del Quiropráctico del Norte**, sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

. Si usted interesara la notificación revisada y enmendada, favor de comunicar comunicándose con el oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma.

Yo _____, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entendido y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Representante

Nombre del Representante Personal (en letra de molde)