

Información Confidencial del Paciente
Favor de usar letra de molde

Nombre:		
Email:	Teléfono:	Cel:
Dirección		
Ciudad:	Estado:	Código Postal
Lugar de Trabajo:	Ocupación	
Dirección del Trabajo:		Tel:
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
Sexo: F / M	Número de Hijos:	Seguro Social: XXX-XX-__ __ __ __
Nombre de Esposo(a):		Ocupación:
Razón(es) por la(s)	cual(es) nos visita:	Fecha que comenzó ¿Ha tenido esto antes?
1.		
2.		
3.		
Otros:		
Doctores que ha visitado recientemente y sus especialidades:		
¿Está usted tomando algún medicamento con o sin receta? ¿Cuál(es)?		
Describa todas las hospitalizaciones, cirugías u operaciones que usted haya tenido y las fechas:		
¿Tiene usted caso en El Fondo del Seguro del Estado o en ACAA? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Marque con una X si padece o ha padecido una de estas condiciones

Alcoholismo	Dolor de Cabeza	Náuseas
Alergias	Enfermedad del Corazón	Nerviosismo
Alta Presión Sanguínea	Enfermedad del Riñon	Neuritis
Angina	Enfermedad de la Tiroide	Pleuresía
Asma	Enfermedad de vasos sanguíneos	Pies Planos
Ataque al Corazón	Enfermedad de la Vesícula	Polio
Bursitis	Epilepsia	Pulmonía
Calambres Menstruales	Esclerosis Múltiple	Quistes Uterinos
Cambio de Peso	Escoliosis	Rubeola
Cáncer	Estreñimiento	Sinusitis
Convulsiones	Fatiga	Sudores Nocturnos
Depresión	Fractura	Tuberculosis
Derrame Cerebral	Glaucoma	Tumores
Desgarre Muscular/Ligamento	Gota	Varicelas
Desmayos	Hipoglucemia	Otros:
Diabetes	Indigestión	
Diarrea	Infecciones Urinarias	
Dificultad para contener la orina	Infecciones recurrentes	
Dificultad al orinar	Malaria	
Dislocaciones	Mareos	

Historial Social

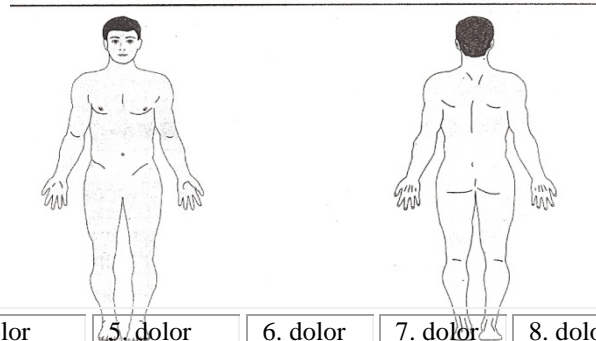
Descanso:	Suficiente_____ Regular_____ Poco_____
Dieta:	Balanceda_____ No Balanceda_____
Estrés Familiar:	Mínimo_____ Normal_____ Severo_____
Estrés en el Trabajo:	Mínimo_____ Normal_____ Severo_____
Fuma:	Si_____ No_____

Información del Plan Médico

Nombre del Asegurado Principal:	Compañía del Seguro Medico:	
Fecha Nacimiento Asegurado Principal:	#Contrato:	#Grupo:
Relación con el Asegurado Principal:	Esposo(a)_____ Hijo_____	Dependiente_____

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
--------------	----------------	----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Escala de Dolor

Cuello: -----
 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

Caderas: -----
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otro Lugar (indique): _____

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CUELLO E INCAPACIDAD (VERNON-MIOR)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de cuello afecta su habilidad de llevar a cabo actividades de su vida diaria. Favor de contestar cada sección y **marcar UNA contestación, la que mejor le aplique a usted.** Entendemos que usted puede considerar dos respuestas en cada sección, pero favor de escoger solamente la que mejor describa su problema.

Sección 1 - Intensidad del Dolor

No tengo dolor en este momento.

- En este momento, el dolor es muy leve.
- En este momento, el dolor es moderado.
- En este momento, el dolor es bastante severo.
- En este momento, el dolor es muy severo.
- En este momento, el dolor es el peor jamás sentido.

Sección 2 - Cuidado Personal (Bañarse, Vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin que me de dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente pero me causa dolor adicional.
- Es doloroso cuidarme normalmente y soy más lento y cuidadoso.
- Necesito un poco de ayuda, pero puedo manejar casi todo mi cuidado personal.
- Necesito ayuda diaria para la mayoría de mis cuidados personales.
- No me puedo vestir, me lavo con dificultad y tengo que estar en cama.

Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin que me produzcan dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me produce dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles (sobre una mesa, etc).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesibles.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.
- No puedo levantar o transportar nada.

Sección 4 - Lectura

- Puedo leer tanto cuanto deseo sin ningún dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo con poco dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer tanto cuanto deseo debido al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido al dolor severo en mi cuello.
- No puedo leer en lo absoluto.

Sección 5 - Dolores de Cabeza

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo dolores de cabeza leves ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza severos frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Nombre: _____

Fecha: _____

Sección 6 - Concentración

- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente sin ninguna dificultad.
- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente con un poco de dificultad.
- Tengo bastante dificultad en concentrarme.
- Tengo mucha dificultad en concentrarme.
- Tengo muchísima dificultad concentrarme.

- No me puedo concentrar en lo absoluto.

Sección 7 - Trabajo

- Puedo hacer todo el trabajo que deseo.
- Puedo solamente hacer mi trabajo usual, pero nada más.
- Puedo hacer la mayoría de mi trabajo usual, pero nada más.
- No puedo hacer mi trabajo usual.
- Apenas puedo hacer algún trabajo.
- No puedo hacer ningún trabajo en lo absoluto.

Sección 8 - Manejar

- Puedo manejar mi automóvil sin que me de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un dolor moderado en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido a un dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo manejar mi automóvil debido que me da un severo dolor en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido al dolor severo en mi cuello.

Sección 9 - Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño es muy poco interrumpido (menos que 1 hora desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido levemente (1-2 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido moderadamente (2-3 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es grandemente interrumpido (3-5 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido completamente (5-7 horas desvelado(a)).

Sección 10 - Recreación

- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales sin ningún dolor en mi cuello.
- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales con un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo hacer la mayoría, pero no todas, de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Puedo hacer algunas de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreacional en lo absoluto

CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA E INCAPACIDAD (OSWESTRY REVISADO)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su habilidad de llevar a cabo actividades normales de su vida diaria. Por Favor, conteste cada sección y **marque en cada sección UNA contestación que mejor aplique a usted**. Entendemos que usted podría considerar dos respuestas en cada sección, pero favor, de escoja solamente la mejor que describa su problema.

Sección 1 - Intensidad del Dolor

- El dolor va y viene y es muy leve.
- El dolor es leve y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es moderado.
- El dolor es moderado y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es muy severo.
- El dolor es severo y no varía mucho.

Sección 2 - Cuidado Personal

- No tengo que cambiar la manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- Normalmente no cambio mi manera de bañarme o vestirme aunque cause un poco de dolor.
- El bañarme y vestirme aumenta el dolor, pero no tengo que cambiar mi manera de hacerlo.
- El bañarme y vestirme causa un aumento en el dolor y encuentro necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- Debido al dolor, necesito ayuda para bañarme y vestirme completamente.
- Debido al dolor no soy capaz de bañarme y vestirme sin algo de ayuda.

Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin producir dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me producen dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles. (Sobre una mesa, etc.).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesible.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.

Sección 4 - Caminar

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo un poco de dolor al caminar, pero no aumenta mientras más camino.
- No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ½ milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ¼ de milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar en lo absoluto sin que aumente el dolor.

Sección 5 - Sentarse

- Puedo sentarme en cualquier silla por cuánto tiempo desee.
- Solamente puedo sentarme en mi silla favorita por cuanto tiempo desee.
- El dolor impide sentarme por más de 1 hora.
- El dolor impide sentarme por más de ½ hora.
- El dolor impide sentarme por más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque me aumenta el dolor inmediatamente.

Nombre: _____

Fecha: _____

Sección 6 - Estar de Pie

- Puedo estar de pie por cuanto tiempo desee sin sentir dolor.
- Tengo un poco de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo estar de pie por más de 1 hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de ½ hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.
- Evito estar de pie porque me aumenta el dolor inmediatamente.

Sección 7 - Dormir

- No me da dolor cuando me acuesto.
- Me da dolor cuando me acuesto, pero duermo bien.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¼.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ½.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¾.
- El dolor me impide dormir totalmente.

Sección 8 - Vida Social

- Mi vida social es normal y no me produce dolor.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no afecta significativamente mi vida social, más allá de limitar mis intereses más energéticos (bailar, etc.).
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- Apenas tengo vida social debido al dolor.

Sección 9 - Viajar

- No tengo dolor cuando viajo.
- Tengo un poco de dolor al viajar, pero ninguna de mis maneras usuales de transporte aumentan el dolor.
- El dolor aumenta cuando viajo, pero no me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor aumenta cuando viajo, y me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte, excepto si voy acostado.

Sección 10 - Cambios en Grado de Dolor

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero en general está definitivamente mejorando.
- Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta al momento.
- Mi dolor no está mejorando ni empeorando.
- Mi dolor está gradualmente empeorando.
- Mi dolor está rápidamente empeorando.

Al finalizar su primera visita se le dará una segunda cita, dónde le informaremos sobre los resultados de su examen y se le hará saber si su caso amerita cuidado quiropráctico. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre la compañía de seguros y mi persona y que soy responsable por los gastos incurridos no cubiertos por la póliza. Testifico que toda la información suministrada en este formulario es verdadera.

Notificación de Tratamiento

Le informamos que su plan médico cubre _____ ajustes quiroprácticos por año contrato. De usted necesitar más ajustes quiroprácticos para completar su tratamiento, los mismos serán pagados como tarifa privada a un costo de \$35.00 dólares cada uno.

Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de Tratamiento, Pago u Operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 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 del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos 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.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, *la oficina del doctor Arraiza Cabán* le ha hecho entrega de la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Con la firma de este consentimiento usted autoriza a que *la oficina del doctor Arraiza Cabán*, sus empleados (de acuerdo a la ley federal HIPAA incluye además de los empleados(as), las personas que realizan trabajo voluntario para la oficina médica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina o comunicándose con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma. Por favor, observe que *la oficina del doctor Arraiza Cabán* se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a la dirección y/o a los teléfonos del encabezado de esta forma.

Autorizo al Quiropráctico para que administre cualquier tratamiento, cuando en opinión de dicho Quiropráctico, todas dichas acciones fueran necesarios para el restablecimiento de mi salud física. Certifico a la vez que se me ha explicado todo lo concerniente en cuanto este procedimiento se refiere, específicamente: Diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento alternativo, beneficios, riesgos y alternativas, pronosis, posibilidades de triunfo, consecuencias, y complicaciones. Entiendo que tengo el derecho de preguntar y hacer saber al Quiropráctico sobre mis dudas en todo momento.

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

Nombre del Paciente
(En letra de molde)

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Representante personal (si es menor de edad)

Firma del Representante