

SAN PEDRO CHIROPRACTIC CLINIC

1534 W 25th St • San Pedro, CA 90732 • P: (310) 548-5656 • F: (310) 382-2085 • E: Tyler@sanpedrocc.com

Nuevo Paciente – New Patient Intake Spanish

Título: Dr./a Sr. Sra. Srta. (Elija uno) Sexo: Hombre Mujer Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: (____) _____ - _____ Numero de Trabajo: (____) _____ - _____

Numero De Celular: (____) _____ - _____ Prefiero que me llamen al: Celular Teléfono de Casa al Trabajo

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Correo Electrónico: _____

Doctor de Primaria: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Raza: (Elija uno)

Blanco Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Otro: _____ Prefiero no decir

Etnicidad: (Elija uno) Soy Hispano o Latino No soy Hispano o Latino Prefiero no decir

El lenguaje que prefiero: (elija uno)

Inglés español Otro: _____ Prefiero no decir

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Otro: _____ ¿Su Cónyuge es un paciente también? Si No

Datos de su Cónyuge:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Numero de Casa: (____) _____ - _____ Numero de Celular: (____) _____ - _____

Datos de Empleo/Escuela:

Trabajo: Tiempo Completo/ Tiempo Parcial; Soy Estudiante Soy Retirado Soy Ama de Casa No trabajo

Nombre de su Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Título o Posición de Trabajo: _____

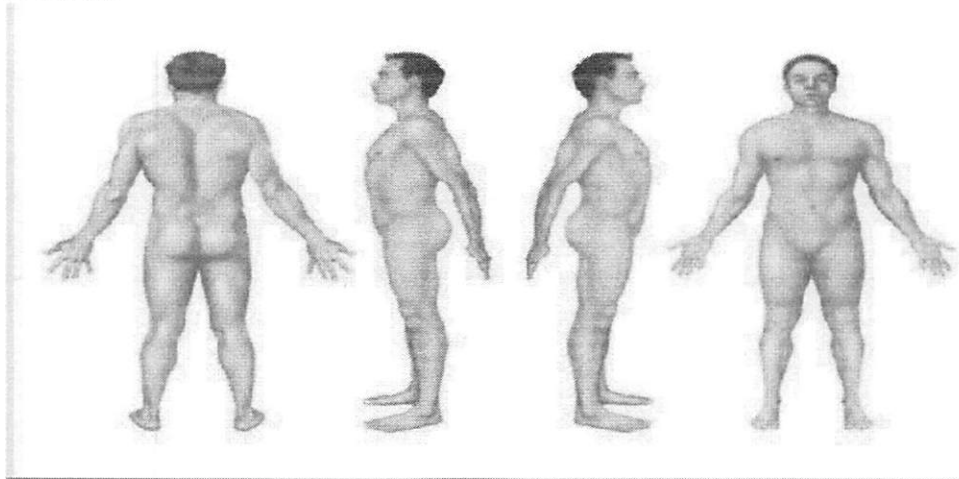
Contacto de Emergencia:

El nombre de Ellos: _____ ¿Cuál es su relación con ellos?: _____

Numero de Contacto: (____) _____ - _____

Quejas Actuales:

Marque donde tiene dolor:



De 1 a 10 [0 es No Tengo dolor y 10 es dolor severo],

Mi dolor es: *(Elija un numero)*

¿Que frecuente siente el dolor?

(elija uno)

Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

Espalda:

Arriba / Media: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

Espalda Baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

_____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

¿En qué área siente su dolor? (area(s) of complaint)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Cuándo comenzó o empeoró su dolor? (When did this episode begin/increase?)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Cuál es la causa de su dolor? (What do you believe is causing your symptoms?)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Es su dolor: **peor / mejor / igual:** en la mañana / durante el día / en la tarde / en la noche?

¿Como describiría su dolor?:

dolor sordo (dull)	agudo (sharp)	palpitando (throbbing)	ardor (burning)	profundo (deep)	adolorido (aching)
hormigueo (tingling)	punzante (stabbing)	calambre (cramping)	entumido (numbness)	irradia (radiating)	rigidez (stiffness)

Otros síntomas: _____

¿Puede dormir sin dolor? (¿Can you go to sleep without problems?) Si No

¿Te despiertas por el dolor? (¿Do you awaken because of pain?) Si No

¿Dónde lo sientes? (If yes, where is the pain that wakes you up?) _____

To be performed by clinic staff: Height: _____ in Weight: _____ lbs. BP: _____/_____ Pulse: _____ bpm

Patient Name: _____ 2

Patient #: _____ Date: _____

¿Qué le hace sentir peor?: (aggravating factors)

sentarse	estar de pie	caminar	doblarse	agacharse	cargar algo
dormir	estornudar	toser	esforzarse	alcanzar	retorcer
mirar arriba	mirar abajo	movimiento	descansar	acostarse boca bajo	manejar
teclear	recoger	quehaceres	ejercicio	acostarse boca arriba	subir escaleras

Otra cosa: _____

¿Qué le hace sentir mejor?: (relieving factors)

sentarse	pararse	acostarse	doblar las rodillas	apoyarse en algo
no hacer movimiento	moverse	usar algo caliente	usar hielo	gel tópico
ibuprofeno	medicamento	descansar	estirarse/ejercicio	ajustamiento

Otra cosa: _____

¿Ha tenido síntomas similares en el pasado? Si No

Describe el episodio e incluya fechas: _____

Anteriormente, ¿ha recibido tratamiento por un quiropráctico? Si No **¿Cuándo y con quién?:**

1. _____

2. _____

¿Recientemente, ha tenido radiografías o algún otro tipo de examen? Si No

Anote que fue (Rayos X, MRI, CT, EMG, etc.), el lugar donde se hizo y la fecha:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

Información General:

¿Con que mano escribe?: Izquierda Derecha Ambas

¿Usa Tabaco?: Fumo todos los días A veces fumo Antes fumaba Nunca he fumado

¿Cuánto interés tiene en dejar de fumar?

0 (No tengo interés) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Estoy muy interesado)

¿Toma bebidas alcohólicas? No Solo Socialmente Moderado Exceso

¿Está discapacitado? Si No **¿De qué?:** _____

Historial de su Tratamiento:

¿Qué doctores ha visto por su dolor?

No he visto ningún otro doctor

1. **Nombre del Doctor:** _____

Su Especialidad: _____

Fecha de la Consulta: _____

Referido por: _____

Tipo de Tratamiento: _____

¿Sigue con el tratamiento? Si No

¿Le ayudo el tratamiento? Si No

¿Le refirieron a otro doctor? _____

Notas: _____

2. **Nombre del Doctor:** _____

Su Especialidad: _____

Fecha de la Consulta: _____

Referido por: _____

Tipo de Tratamiento: _____

¿Sigue con el tratamiento? Si No

¿Le ayudo el tratamiento? Si No

¿Le refirieron a otro doctor? _____

Notas: _____

Patient Name: _____

Patient #: _____ **Date:** _____

Historial Médico (Current Medical History)

Problemas de Salud (Enfermedad de corazón, diabetes, Alta Presión) (Current Health Problems) No tengo problemas de salud

Medicamentos que esté tomando:

Vitaminas/Suplementos No tomo medicamentos Tengo una lista separada

¿Estás embarazada? Si No ¿Cuándo se alivia? _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

Anote las medicinas que le de alergia: No tengo alergias a las medicinas

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

¿Ha sido diagnosticado con hipertensión? Si No

¿Ha sido diagnosticado con diabetes? Si No

Si, tengo: Tipo 1 Tipo 2 Su más reciente hemoglobina, ¿fue de A1c > 9.0%? Si No No Se

Otro comentario sobre su Diabetes: _____

Historial Médico del Pasado: (Past Medical History)

Lesiones a la cabeza, el cuello y la espalda incluyendo accidentes de carro y del trabajo: (injuries to head, neck or back)

Cirugías (surgeries) (Incluye la Fecha y Tipo): _____

Fracturas (Incluye la fecha y tipo): _____

Historial Familiar (Family History): Circule Si / No y ponga una a las enfermedades que su familia tenga

Diabetes	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Enfermedad de corazón	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Alta Colesterol	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Hipertensión	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Osteoporosis	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Cáncer (que tipo): _____	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo
Desordenes Psicológicos	Si	No	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo

No conozco el historial medico de mi familia (I do not know the medical history of my family)

Su Firma: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____ 4

Patient #: _____ Date: _____

Informed Consent for Care

Please read and sign below:

I, as a patient coming to *San Pedro Chiropractic Clinic*, give the doctors permission and consent to care for myself in accordance with appropriate testing, diagnosis, and treatment. The clinical procedures in this office are typically beneficial and rarely cause problems. However, although rare, medical treatments, chiropractic, physical therapy and more do carry a small risk with treatment, including but not limited to: swelling, disc injuries, stroke, and sprains/strains.

I do not expect the doctor to be able to anticipate and explain all risk and complications. I wish to rely on the doctor to exercise judgment during the course of the procedures, which the doctors feel at the time, based on the facts then known, are in my best interest. We use all precautions (exams, x-rays) and gentle treatment procedures to mitigate risk. We cater the care plans to your individual needs.

This office does not perform breast, pelvic, prostate, rectal, or full skin evaluations. We also do not provide care for conditions (such as high blood pressure, diabetes, high cholesterol, etc.) other than those addressed in your treatment care plan. Treatment for conditions other than those being addressed in our office should be performed by your family physician, or other specialist/provider. We do not prescribe or refill any controlled substances, this aspect should be taken care of by your primary care physician or the original prescriber.

The patient assumes all responsibility/liability if the patient does not report on any health forms any past medical history, illnesses, medications, or allergies.

I have read, or have had read to me, the above consent. By signing below I agree to the above, and allow the doctors affiliated with *San Pedro Chiropractic Clinic* to perform treatment procedures and protocols. I intend for this consent to cover the entire course of treatment for my present condition and any further condition(s) for which I seek treatment for in this office.

Patient name (Print)

Date

Patient (or guardian) signature

Privacy Policy Statement

By signing this document, I acknowledge that I have received/read a copy of San Pedro Chiropractic Clinic's privacy policy. I also acknowledge that I can request a copy of the privacy policy at any time, as well as read the one posted in this office.

Patient name (Print)

Date

Personal Medical Information Consent Form

The Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we receive your permission before we use the personal information in your medical records for any reason.

This consent form gives us permission to use your Protected Health Information (PHI) to carry out treatment, receive and/or as part of health care operations of our practice.

HIPPA also requires us to have a written notice of our privacy policy describing how medical information about you may be used and disclosed. If you so desire, this written notice is available at the front desk for you to read.

You have the right to revoke, in writing, this consent form at the time, although any services performed prior to the revocation of this consent are covered by this consent.

Patient Signature: _____ Date: _____

Restrictions:

Right to revise Privacy Practices: As permitted by law, we reserve the right to amend or modify our privacy policies and practices. These changes in our office's and practice may be required by changes in federal and state laws and regulations. Upon receipt, we will provide you with the most recent notice on an office visit. The revised policies and practices will be applied to all protected health information we maintain.

Doctor/Staff Signature: _____ Date: _____