

# HOJA DE DATOS DEL PACIENTE

## Información General

Primer Nombre \_\_\_\_\_  
Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Sufijo \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo            Masculino    Femenino  
Estado civil   Soltero   Casado   Otro \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Seguro Social    XXX-XX-\_\_\_\_\_ últimos cuatro números

Referido por \_\_\_\_\_

Situación laboral: Empleado    Estudiante a tiempo completo    Estudiante a tiempo parcial

Prefiero recibir recordatorios de citas por \_\_\_ texto o \_\_\_ correo electrónico

Prefiero recibir otra comunicación por \_\_\_ texto \_\_\_ teléfono o \_\_\_ correo electrónico

(Esto incluye seguimientos del doctor, reprogramación de cita debido al mal tiempo, etc.)

Si desea recibir material promocional, suscríbese a nuestro boletín de noticias en [www.colechirotulsa.com](http://www.colechirotulsa.com) o síganos en Facebook @Cole Chiropractic Clinic!

## Información del Asegurado

Paciente soy/es mi            Yo Esposo Esposa Hijo Otro de Asegurado  
Primer Nombre \_\_\_\_\_  
Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo:    Masculino    Femenino    Desconocido

## Información del Empleador

Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

# Formulario de Admisión del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Sus problemas actuales se deben a una lesión?  Si  No Ingrese la fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Fue la herida?  Relacionado con el trabajo  Accidente de Auto  Lesiones personales  Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha reportado el accidente?  Si  No Si es así, ¿a quién?  Al empleador  Portador de auto  Otro: \_\_\_\_\_

Describe brevemente qué causó el dolor (accidente, lesión o enfermedad): \_\_\_\_\_

Lista los síntomas **inmediatamente:** Elija el nivel de severidad asociado con cada síntoma

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

Anote cualquier estudios médicos o medicamentos que a recibido para **esta** condición:

Pruebas/Estudios: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Fui admitido en el hospital debido a esta condición?  Si  No

Si es así, ¿en qué hospital? \_\_\_\_\_ Transportado por?  Ambulancia  Policía  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha Admitida: \_\_\_\_\_ Fecha que fue dado de alta: \_\_\_\_\_ Duración de la visita: \_\_\_\_\_

Inscriba las indicaciones que le dieron en el hospital: \_\_\_\_\_

Lista los síntomas que está experimentando **hoy**:

Elija el nivel de severidad asociado con cada síntoma

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

\_\_\_\_\_  (1) Muy Suave  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)  (8)  (9)  (10) Notablemente Severo

Frecuencia del Dolor  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Ningun

Tipo de Dolor  Dolorido  Ardiente  Agudo  Estirado  Filoso  Dispara  Puñalada  Punzante  Palpitante  Ningun

---

---

¿Tiene alguna restricción de trabajo actual debido a esta condición?

Fuera del trabajo:  Si  No  Previamente Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Trabajo Leve:  Si  No  Previamente (Si es así, ¿cuáles son/fueron sus restricciones?) \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_

---

---

¿Sufre de alguna condición previa, fuera de la razón que nos consulta ahora?  Si  No \_\_\_\_\_

## HABITOS

Actual todos los días fumador

Actual algunos días fumador

Ex fumador

Nunca Fumador

Toma Alcohol: (Tazas/Día): \_\_\_\_\_

Café Tazas/Día: \_\_\_\_\_

Refresco Botellas o Latas/Día: \_\_\_\_\_

Agua Tazas/Día: \_\_\_\_\_

**EJERCICIO****HISTORIAL MEDICO FAMILIAR**

<input type="checkbox"/> Ningun	Diabetes	Cáncer	Dolor de Espalda	Otro	
<input type="checkbox"/> Moderación	Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diario	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
	Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

¿Está tomando algún medicamento (con receta o sin receta)?  Si  No

Si está tomando medicamentos por favor de anotarlos en lo siguiente:

Medicación: _____	Medicación: _____
Ruta: Oral	Ruta: Oral
Intravenoso	Intravenoso
Otro: _____	Otro: _____
Frecuencia: _____	Frecuencia: _____
Comenzó a Usar: _____	Comenzó a Usar: _____
Uso Descontinuado: _____	Uso Descontinuado: _____

Medicación: _____	Medicación: _____
Ruta: Oral	Ruta: Oral
Intravenoso	Intravenoso
Otro: _____	Otro: _____
Frecuencia: _____	Frecuencia: _____
Comenzó a Usar: _____	Comenzó a Usar: _____
Uso Descontinuado: _____	Uso Descontinuado: _____

¿Ha tomado algún medicamento en el pasado?  Si  No Si es así, ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a alguna medicación?  Si  No

Por favor indique lo siguiente sobre sus alergia(s) y sus reacciones:

Alergia: _____	Alergia: _____
Reacción: _____	Reacción: _____
Fecha de Inicio: _____	Fecha de Inicio: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____
Alergia: _____	Alergia: _____
Reacción: _____	Reacción: _____
Fecha de Inicio: _____	Fecha de Inicio: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía?  Si  No (Si es así, por favor ingrese la fecha aproximada de la cirugía.)

<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>
_____ Operaciones de Espalda	_____ Hernia	_____ Vesícula Bilia
_____ órganos femeninos	_____ Tiroides	_____ Estómago

Otra cirugía y fecha \_\_\_\_\_

¿A tomado radiografías en el último año?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_ Por quién? \_\_\_\_\_

¿Para qué dolencias se tomaron estas radiografías? \_\_\_\_\_

## OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS

Marque el cuadro para cada síntoma actual o pasado enumerado.

SÍNTOMAS GENERALES	GASTRO-INTESTINAL	OJO/OREJA	
		NARIZ/GARGANTA	RESPIRATORIO
<input type="checkbox"/> Alergia (que) _____ _____	<input type="checkbox"/> Eructos o gases	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de colon	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Tos crónica
<input type="checkbox"/> Escalofríos (Constante)	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Respiración dificultosa
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Secreción de oídos	<input type="checkbox"/> Escupiendo sangre
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula	<input type="checkbox"/> Ruidos en el oído	<input type="checkbox"/> Escupiendo flema
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide	
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<b>GENITO-URINARIO</b>
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Mojar la cama
<input type="checkbox"/> Pérdida de sueño	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Obstrucción nasal	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz	<input type="checkbox"/> Orinar frecuente
<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar la orina
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Vómitos de sangre	<input type="checkbox"/> Mala visión	<input type="checkbox"/> Infección renal
<input type="checkbox"/> Entumecimiento o dolor en brazos / piernas / manos	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Piedras de riñón
<input type="checkbox"/> Sibilancias (respiratorias)	<input type="checkbox"/> Heces con sangre	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar
	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata
<b>MÚSCULOS Y ARTICULACIONES</b>	<input type="checkbox"/> Intestino irritable	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<b>SOLO PARA MUJERES</b>
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<b>CARDIOVASCULAR</b>	<input type="checkbox"/> Moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> Cólicos
<input type="checkbox"/> Problemas en los pies	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Sequedad	<input type="checkbox"/> Sofocos
<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Baja presión arterial	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Ciclo menstrual irregular
<input type="checkbox"/> Dolor entre Hombros	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Urticaria o alergia	<input type="checkbox"/> Periodos dolorosos
<input type="checkbox"/> Dolor en el coccyx	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Descarga vaginal
<input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/> Piel sensible	<input type="checkbox"/> Embarazada ahora?
	<input type="checkbox"/> Latidos rapido	<input type="checkbox"/> Erupciones de la piel _____	Fecha del último papanicolaou _____ Último ciclo menstrual
<input type="checkbox"/> Curvatura espinal	<input type="checkbox"/> Latidos lento		
<input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas	<input type="checkbox"/> Derame Cerebral		
	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados		

### ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Coto	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Trastorno mental
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Pleuresía	<input type="checkbox"/> Lumbago	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> VIH positivo

---

---

Por lo presente autorizo y libero al médico y a quien él designe como sus ayudantes para administrar el tratamiento, el examen físico, los estudios de rayos X, los procedimientos de laboratorio, la atención quiropráctica o cualquier servicio que considere necesario en mi caso; y además lo autorizo a divulgar todo o parte de mi registro de paciente a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con la clínica o con el paciente o un miembro de la familia o empleador del paciente, en todo o en parte. del cargo de la clínica, incluidos, entre otros, las empresas de servicios médicos o hospitalarios, las compañías de seguros, las compañías de compensación de trabajadores, los fondos de asistencia social o el empleador del paciente. Se entiende y acuerda que las imágenes son solo para examen y los negativos seguirán siendo propiedad de esta oficina, y estarán archivados donde se pueden ver. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo que esta oficina de quiropráctica preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado para ser pagado a Cole Chiropractic Clinic PC se acreditará en mi cuenta una vez recibido. Entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me brindan se cobran directamente a mí y que soy responsable del pago.

**Firma del paciente/ guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PACIENTES**

**PARA EL USO Y DIVULGACIÓN**

**DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

1. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Cole Chiropractic Clinic, P.C., (la "Práctica") a usar y / o divulgar información médica del paciente con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención.
2. Entiendo que esta autorización es válida indefinidamente para los fines establecidos.
3. Entiendo que el propósito o el uso de la divulgación que estoy otorgando es: Reconocerme por mi fecha de nacimiento, o la referencia de otra persona, o un agradecimiento a alguien que me haya remitido a la práctica.
4. Reconozco expresamente que esta autorización es voluntaria.
5. Lo siguiente es / son otros criterios o limitaciones que hago con respecto a esta autorización:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Entiendo que la oficina no recibirá compensación financiera de usar o divulgar la información médica descrita anteriormente.
7. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por el autorizador, por escrito, en cualquier momento de acuerdo con el procedimiento de revocación de autorización adjunto. También entiendo que la revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en las divulgaciones que se produzcan antes de la ejecución de cualquier revocación.
8. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario la divulgue nuevamente y que esta información ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
9. Entiendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no serán afectados si no firmo este formulario.
10. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario, si la solicito, y que recibiré una copia de este formulario después de que lo firme.
11. Este formulario se completó completamente antes de que lo firmara. Certifico que todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y que entiendo este formulario de autorización y todo su contenido.
12. Esta autorización es válida a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la fecha que he firmado abajo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del individuo (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante Legal

(Por ejemplo, un abogado de hecho, guardián, padre si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Testigo