

# INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Por favor permítale a nuestro personal de oficina fotocopiar su licencia de conducir y tarjeta de seguro. Toda información provista por usted es confidencial. Nosotros cumplimos con las normas y regulaciones Federales de Privacidad.

Por favor escriba con claridad.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)		¿Ha consultado a un Quiropráctico anteriormente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Patient Number (office use only)	
¿A quién le extendemos las gracias por referirle?		¿Cuándo?		¿Quién?	
Edad	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Raza <input type="radio"/> Indio Americano <input type="radio"/> Nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawaii <input type="radio"/> Otro – Isleño del Pacífico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Prefiero no responder	Etnicidad <input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> No Hispano o Latino <input type="radio"/> Prefiero no responder		
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		Uso de Tabaco <input type="radio"/> Nunca he fumado <input type="radio"/> Ex Fumador <input type="radio"/> Fumador – Todos los días <input type="radio"/> Fumador – Uno que otro día <input type="radio"/> Fumador Empedernido <input type="radio"/> Fumador Leve		Estado Civil: <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Separado(a)	
Apellido	Número de Seguro Social		Preferred Language		
Primer Nombre		Segundo Nombre (inicial)		Dirección	
Dirección		Estado		Ciudad	Código Postal
Teléfono de la Casa		Teléfono de Celular		Nombre de su Cónyuge	
Dirección de su Correo Electrónico		Teléfono Adicional		Nombre de su hijo/hija y Edad	
Persona de contacto en caso de Emergencia		Teléfono Adicional		Nombre de su hijo/hija y Edad	
Su Profesión/Ocupación		Teléfono del Trabajo		Nombre de su hijo/hija y Edad	
Su Empleador		Teléfono del Trabajo		¿Nos permite llamarle en su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dirección		¿Cómo prefiere nos comuniquemos con usted? <input type="radio"/> Teléfono de la Casa <input type="radio"/> Teléfono de Celular <input type="radio"/> Teléfono del Trabajo <input type="radio"/> Correo Electrónico / E-mail		Nombre de su Médico Primario	
Ciudad		Estado		Nombre de su Médico Primario	
Compañía de Seguro		Número de Póliza		¿Quién es el portador encargado de la póliza? <input type="radio"/> Si mismo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Pariente	
Apellido del Asegurado		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		Empleador del Portador encargado de la póliza de Seguro	
Primer Nombre		Segundo Nombre (inicial)		Dirección	
Ciudad		Estado		Teléfono del Empleador	
Ciudad		Estado		Código Postal	

Por favor describa su Condición Primaria en el espacio delineado para tal efecto. Use los espacios delineados en Condición Secundaria y Condiciones Adicionales si estas aplican en su caso.

**Condicion Primaria**

El síntoma primordial por el cual estoy buscando cuidado hoy es: \_\_\_\_\_

**Y son los resultados de:**

- Un accidente o golpe
- En el trabajo  En el Carro  Otro \_\_\_\_\_

- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
- Es un interés de  Bienestar de Salud
- Otro \_\_\_\_\_

**Comienzo** (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) \_\_\_\_\_

**Intervenciones Previas** (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados  Acupuntura
- Medicamentos sin receta  Quiropráctico
- Remedio Homeopático  Masaje
- Terapia Física  Hielo
- Cirugía  Calor
- Otro \_\_\_\_\_

**Condicion Secundaria**

El síntoma secundario por el cual estoy buscando cuidado hoy es: \_\_\_\_\_

**Y son los resultados de:**

- Un accidente o golpe
- En el trabajo  En el Carro  Otro \_\_\_\_\_

- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
- Es un interés de  Bienestar de Salud
- Otro \_\_\_\_\_

**Comienzo** (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) \_\_\_\_\_

**Intervenciones Previas** (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados  Acupuntura
- Medicamentos sin receta  Quiropráctico
- Remedio Homeopático  Masaje
- Terapia Física  Hielo
- Cirugía  Calor
- Otro \_\_\_\_\_

**Condiciones Adicionales**

Los síntomas adicionales por los cuales estoy buscando cuidado hoy son: \_\_\_\_\_

**Y son los resultados de:**

- Un accidente o golpe
- En el trabajo  En el Carro  Otro \_\_\_\_\_

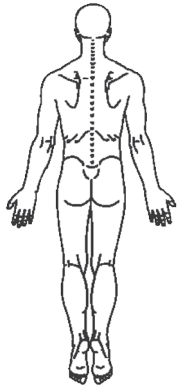
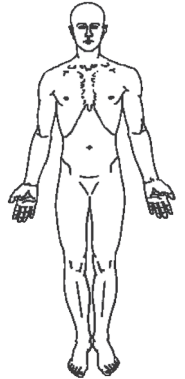
- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
- Es un interés de  Bienestar de Salud
- Otro \_\_\_\_\_

**Comienzo** (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) \_\_\_\_\_

**Intervenciones Previas** (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados  Acupuntura
- Medicamentos sin receta  Quiropráctico
- Remedio Homeopático  Masaje
- Terapia Física  Hielo
- Cirugía  Calor
- Otro \_\_\_\_\_

**Ubicación**  
(¿Dónde le Duele?)  
Marque con "O" condición actual  
Marque con "X" condición anterior



1. ¿Qué más debería Dr. Kirgis saber sobre su condición actual? \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo le interfiere su presente condición para con su:

**Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Actividades Recreacionales:** \_\_\_\_\_

**Responsabilidades del Hogar:** \_\_\_\_\_

**Relaciones Familiares:** \_\_\_\_\_

**3. Repaso de Síntomas**

El cuidado quiropráctico se enfoca en la integridad de su sistema nervioso, el cual controla y regula su cuerpo Entero. Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted ha tenido o que sufre Actualmente y firme sus iniciales en la línea a la mano derecha.

**a. Músculo esquelético**

- |   |  |   |   |   |  |                               |
|---|--|---|---|---|--|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/>           | Tenia/Tiene <input type="radio"/>          | Tenia/Tiene <input type="radio"/>         | Tenia/Tiene <input type="radio"/>             | Tenia/Tiene <input type="radio"/>                                 | Tenia/Tiene <input type="radio"/>        | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Osteoporosis          | <input type="radio"/> Artritis             | <input type="radio"/> Escoliosis          | <input type="radio"/> Dolor de Cuello         | <input type="radio"/> Problemas de Espalda                        | <input type="radio"/> Problema de Cadera |                               |
| <input type="radio"/> Heridas de la Rodilla | <input type="radio"/> Dolor de Pie/Tobillo | <input type="radio"/> Problemas de Hombro | <input type="radio"/> Dolor del Codo / Muñeca | <input type="radio"/> Problemas de Articulación Temporomandibular | <input type="radio"/> Mala Postura       | Iniciales _____               |

**b. Neurológico**

- |                                   |                                   |                                       |                                   |                                   |                                      |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/>     | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/>    | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Ansiedad    | <input type="radio"/> Depresión   | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza | <input type="radio"/> Mareos      | <input type="radio"/> Hormigueo   | <input type="radio"/> Entumecimiento |                               |
|                                   |                                   |                                       |                                   |                                   |                                      | Iniciales _____               |

**c. Cardiovascular**

- |                                    |                                    |                                       |  |                                      |   |                               |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/>  | Tenia/Tiene <input type="radio"/>  | Tenia/Tiene <input type="radio"/>     | Tenia/Tiene <input type="radio"/>      | Tenia/Tiene <input type="radio"/>    | Tenia/Tiene <input type="radio"/>           | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Presión Alta | <input type="radio"/> Presión Baja | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Mala Circulación | <input type="radio"/> Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Contusiones Excesivas |                               |
|                                    |                                    |                                       |  |                                      |   | Iniciales _____               |

**d. Respiratorio**

- |                                   |                                   |                                   |                                       |                                     |                                   |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/>     | Tenia/Tiene <input type="radio"/>   | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Asma        | <input type="radio"/> Apnea       | <input type="radio"/> Enfisema    | <input type="radio"/> Fiebre del Heno | <input type="radio"/> Falta de Aire | <input type="radio"/> Neumonía    |                               |
|                                   |                                   |                                   |                                       |                                     |                                   | Iniciales _____               |

**e. Digestivo**

- |  |                                   |  |  |                                     |                                   |                               |
|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/>      | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/>                  | Tenia/Tiene <input type="radio"/>      | Tenia/Tiene <input type="radio"/>   | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Anorexia/Bulimia | <input type="radio"/> Ulceras     | <input type="radio"/> Sensibilidad a los Alimentos | <input type="radio"/> Acidez Estomacal | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Diarrea     |                               |
|  |                                   |  |  |                                     |                                   | Iniciales _____               |

**f. Sensoriales**

- |                                      |   |  |  |   |   |                               |
|--------------------------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/>    | Tenia/Tiene <input type="radio"/>           | Tenia/Tiene <input type="radio"/>            | Tenia/Tiene <input type="radio"/>                | Tenia/Tiene <input type="radio"/>         | Tenia/Tiene <input type="radio"/>       | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Visión Borrosa | <input type="radio"/> Zumbidos en Los Oídos | <input type="radio"/> La Pérdida de Audición | <input type="radio"/> Infección crónica del oído | <input type="radio"/> Pérdida del Cabello | <input type="radio"/> Pérdida del Gusto |                               |
|                                      |   |  |  |   |   | Iniciales _____               |

**g. Integumentario**

- |                                      |                                   |                                   |                                   |   |   |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/>    | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/>       | Tenia/Tiene <input type="radio"/>         | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Cáncer de Piel | <input type="radio"/> Psoriasis   | <input type="radio"/> Eczema      | <input type="radio"/> Acné        | <input type="radio"/> Caída del Cabello | <input type="radio"/> Erupción/Sarpullido |                               |
|                                      |                                   |                                   |                                   |   |   | Iniciales _____               |

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Patient Number  
(office use only)

Doctor's Initials \_\_\_\_\_

Whitley Chiropractic  
& Wellness Center  
Drs. Jamie & Lori Kirgis

(Continued from previous page)

**h. Endocrino**

- Tenia/Tiene   Problemas De Tiroides   Enfermedades Inmunológicas   Hipoglucemia   Infecciones Frecuentes   Glándulas Inflamada s   Poca Energía   NINGUNO

**i. Genitourinario**

- Tenia/Tiene   Piedra en el Riñón   Infertilidad   Se orina en la cama   Problemas de Frecuentes   Disfunción Eréctil   Síndrome Premenstrual   NINGUNO

**j. Constitucional**

- Tenia/Tiene   Desmayos   Libido Bajo   Poco Apetito   Fatiga   Repentino cambio en peso   Debilidad   NINGUNO

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Patient Number (office use only) \_\_\_\_\_

Todo otro Síntoma es Negativo

**Personal pasado, Historial de Familia y Social**

Favor de indicar su historial pasado de salud, incluyendo accidentes, heridas, enfermedades y tratamientos. Favor de completar cada sección en su totalidad.

4. Enfermedades		5. Operaciones		6. Tratamientos	
Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.		Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.		Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.	
Tenia/Tiene	Tenia/Tiene			Pasado	Presente
<input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDA	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Sacaron el Apéndice	<input type="radio"/> Cirugía de Derivación Coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acupuntura
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alcoholismo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Tifoidea	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Cirugía Cosmética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Antibióticos
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ulceras	<input type="radio"/> Cirugía Electiva: _____	<input type="radio"/> Cirugía de los Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pastillas Anticonceptivas
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Arteriosclerosis	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Histerectomía	<input type="radio"/> Marcapaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Transfusiones de Sangre
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer		<input type="radio"/> Espina Dorsal _____	<input type="radio"/> Amigdalotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quimioterapia
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Varicela		<input type="radio"/> Vasectomía	<input type="radio"/> Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quiropráctico
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes	<b>7. Alergias</b>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diálisis
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia	Es usted alérgico a algún medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hierbas
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma	<b>SI</b> <input type="radio"/> <b>No</b> <input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Homeopáticos
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Bocio	En caso de responder afirmativamente, por favor liste las alergias acá:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Reemplazo Hormonal
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Gota	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Inhalador
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad Cardiaca	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Masajes
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Terapia Física
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Malaria	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Medicamentos:
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarampión	_____			<input type="radio"/>	(Por favor indique abajo todas las prescripciones, medicamentos sin prescripción, suplementos naturales, enzimas, vitaminas y minerales):
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Las Paperas				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Polio				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática	<b>8. Heridas</b>			<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Escarlatina	Alguna vez ha tenido...	<input type="radio"/> Hueso Roto o fracturado	<input type="radio"/> Que Usar Muletas	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedades Sexuales	<input type="radio"/> Problema de Columna/Nervios	<input type="radio"/> Pérdida de Consciencia	<input type="radio"/> Respaldo Lumbar	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Golpes en un Accidente	<input type="radio"/> Un Tatuaje / Perforación		<input type="radio"/>	_____

Consultation Notes

**9. Historial de Familia**

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígame a Dr. Kirgis sobre la salud de sus familiares inmediatos.

FAMILIA	Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud		Enfermedades	Edad al Morir	Causa de Muerte	
			Buena / Pobre				Natural/Enfermedad	
	Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. ¿Existen alguna otra enfermedad de salud que sea hereditaria?** \_\_\_\_\_

**11. Historial Social**

Favor de anotarle a Dr. Kirgis sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.

SOCIAL	Uso de Alcohol	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Oración o Meditación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Café	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Presión/Estrés en el Trabajo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Tabaco	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Paz Financiera	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Ejercicios	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	¿Vacunado?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Medicamentó para el Dolor	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Calzas de Mercurio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Refrescos/Soda	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Drogas Recreacionales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Consumo de Agua	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____		

Doctor's Initials \_\_\_\_\_

**Whitley Chiropractic & Wellness Center  
Dr. Jamie & Lori Kirgis**

**12. Actividades de Vida cotidiana**

¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantándose de una silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiendo las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montándose/Bajándose del Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando el Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando por encima del Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a su Familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas del Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando Objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando cosas altas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañándose / Duchándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Intima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logrando el Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniéndose Dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando en el Patio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Patient Number  
(office use only)

13. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? \_\_\_\_\_ 14. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? \_\_\_\_\_ Horas

15. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? \_\_\_\_\_ 16. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? \_\_\_\_\_

17. ¿Describe sus hábitos de alimentación?  Olvido Desayuno  Dos comidas diarias  Tres Comidas diarias  Meriendo entre comidas

18. ¿Qué sería lo más significativo que haría para mejorar su salud? \_\_\_\_\_

19. Además del motivo de su visita, ¿Qué otras metas de salud tiene usted? \_\_\_\_\_

**Aceptación**

Para establecer expectativas claras, mejorar la comunicación y ayudarle a obtener los mejores resultados en el tiempo más razonable, por favor lea e indique con sus iniciales que usted ha entendido y está de acuerdo.

Iniciales \_\_\_\_\_ Yo le autorizo al Quiropráctico a que aplique el tratamiento, que bajo su opinión profesional, mejor me pueda ayudar a restaurar mi salud. Además comprendo que el cuidado quiropráctico que me sea brindado en esta clínica está basado en la mejor evidencia disponible y diseñado para reducir o corregir la subluxación vertebral. La Quiropráctica es un arte curativo que es distinto e independiente de la medicina y no proclama a curar ninguna enfermedad.

Iniciales \_\_\_\_\_ Yo tengo el derecho de solicitar una copia de los "Derechos de Privacidad" y entiendo que en ellos se describe como mi información de salud es protegida y suministrada en mi representación para el reembolso de cualquier otra tercera entidad.

Iniciales \_\_\_\_\_ Yo entiendo que un examen de radiografía (RAYOS-X) puede ser dañino a una criatura en el vientre. Por lo cual Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento que no estoy en estado de embarazo. El primer día de mi último ciclo menstrual fue: (MM/DD/Año): \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_ Yo autorizo que se me llame para confirmar o cambiar mi cita y que se me envíe correspondencia por correo postal o electrónico como una extensión de mi cuidado de salud de esta oficina.

Iniciales \_\_\_\_\_ Yo acepto que cualquier seguro de salud que yo pueda tener es un acuerdo entre esa compañía de seguro y mi persona. Yo me hago personalmente responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba al no ser cubierto o pagado por la compañía de seguro.

Iniciales \_\_\_\_\_ En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.

Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo: \_\_\_\_\_

Consultation Notes

Doctor's Initials

Whitley Chiropractic  
& Wellness Center  
Drs. Jamie & Lori Kirgis

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AÑO) \_\_\_\_\_