

Better Energy Everyday Wellness Formulario De Registro

Susan Alvarez Vineta, DC

Título: (Marque una) Sr. Sra. Srta. Dr. Prof. Otro _____

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Grabar mensajes al numero de: (Circule uno) Casa Celular Trabajo No grabar mensajes

Teléfono de casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Correo electrónico _____

Fecha de Nacimiento ____/____/_____ Sexo: Masculino Femenino No especificada

Numero de Seguro Social _____-_____-_____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a

Estado de Empleo: Empleado Desempleado Estudiante tiempo completo Estudiante medio tiempo
 Otro _____

Datos del Empleador

Empleador _____

Profesión/Empleo _____

Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Datos de su Pareja

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento de su Pareja ____/____/_____

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre del Contacto _____ Relación al Paciente _____

Teléfono de casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

¿ A quién deberíamos agradecer por la referencia a la oficina ? _____

Iniciales del Doctor _____

Condiciones Médica: (Marcar todas las que se aplican a usted)

- Artritis Cáncer Diabetes Enfermedad Cardíaca
- Hipertensión Enfermedad Psiquiátrica Enfermedad de la Piel Embolia
- Otro _____ Fibromialgia Asma Osteoporosis

Cirugías: (Marcar todas las que se aplican a usted)

- Apendectomía Cardiovascular Columna Cervical Histerectomía
- Reemplazo de Articulación Próstata Columna Lumbar Vesícula
- Cerebral Hombro Columna Torácica Rodilla
- Túnel Carpiano Gastrointestinal Urogenital Hernia
- Aumento de Senos Otro _____

Alergias: (Marcar todas las que se aplican a usted)

- Moho Temporal Látex Leche o Lactosa Animales
- Químicos _____ Sulfitos Huevos Trigo/Gluten Otro _____

Historial Social: (Marcar todas las que se aplican a usted)

- Uso de la Cafeína: Ocasionalmente Frecuentemente Nunca
- Tomar Alcohol: Ocasionalmente Frecuentemente Nunca
- Hacer Ejercicio: Ocasionalmente Frecuentemente Nunca
- Tomar Agua: <64 oz/día >64 oz/día Nunca ¿Cuántas onzas? _____
- Fumar Cigarrillos: <1 cajita/día >1 cajita/día Nunca Fumaba
- Dormir: Ocasionalmente Frecuentemente Nunca
- Alimentación: Frutas _____ Vegetales _____ Carnes Magros _____
- (Porciones por día) Comida Rápida _____ Lácteo _____ Trigo/Granos _____

Historial Familiar: (Marcar todas las que se aplican a usted)

- Artritis: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Cáncer: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Diabetes: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Enfermedad Cardíaca: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Hipertensión: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Embolia: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Tiroides: Padre/Madre Hermano/Hermana
- Otro _____

Actividades Ocupacionales:

- La mayoría del tiempo mientras en el trabajo estas: Sentado/a Parado/a Labor no pesado
 Labor pesado Otro _____

¿Qué trabajo hizo usted la mayor parte de su vida? _____

¿Cómo describirías el nivel de estrés físico en su trabajo? Bajo Medio Alto

Por favor escribir todos los medicamentos actuales con y sin receta, suplementos (dosis y frecuencia)

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

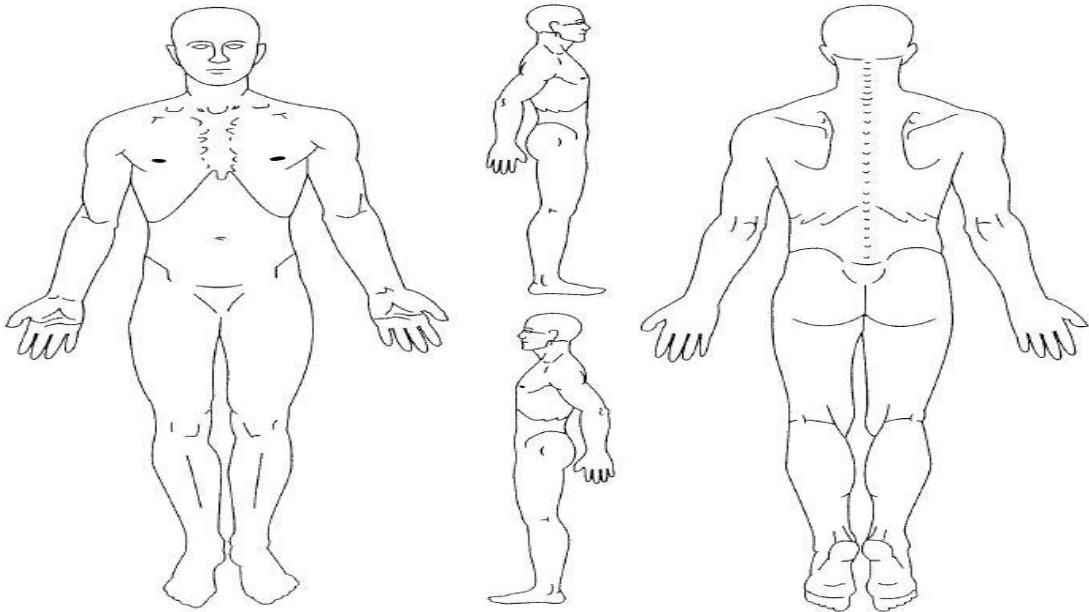
Iniciales del Doctor _____

Razón por su Visita _____

Mientras trabajamos en colaboración con usted para resolver su queja principal, como profesionales de salud, también nos interesa su bienestar general. Hablaremos sobre los temas en cuestión que pueden estar afectando su salud general.

Usando la siguiente clave, indique en los dibujos de los cuerpos dónde tiene los siguientes síntomas:

**E= Entumecimiento Q= Quemazón A= Agudo H= Hormigueo L= Dolor Ligero
O= Otro tipo de Dolor**



Intensidad de Dolor Media:

Últimas 24 horas: no hay dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor peor
Última semana: no hay dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor peor

¿Hay algo que le alivia el dolor? Sí No Sí, por favor explicar: _____

¿Hay algo que empeora el dolor? Sí No Sí, por favor explicar: _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

¿Cómo han cambiado sus síntomas? Mejorando Sin cambio Empeorándose

¿Sus síntomas son resultado de: Accidente automovilístico Accidente en el trabajo Otro _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas? _____

¿El dolor irradia? Sí No Sí, a donde: _____

Su queja actual interfiere con Conducir Trabajar Dormir Hacer ejercicio Otro _____

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Iniciales del Doctor _____

¿Con qué frecuencia tiene los síntomas?

- Constantemente (76-100% del día)
- Frecuentemente (51-75% del día)
- Ocasionalmente (26-50% del día)
- Intermittentemente (0-25% del día)

¿Cómo describes como comienzan los síntomas?

- Agudo
- Dolor
- Entumecido
- Punzante
- Quemazón
- Hormigueo
- Pulsante
- Otro _____

¿Qué tratamiento a recibido para su condición?

- Medicamentos
- Cirugía
- Terapia Física
- Cuidado Quiropráctico
- Acupuntura
- Otro _____

Nombre de otros doctores que lo/la han tratado para esta condición y como _____

Revisión de Sistemas: Por favor llenar la encuesta estándar de síntomas (documento adjunto)

Estas Embarazada? (Marcar) Sí No N/A **Ultimo día de Menstruación** _____

PÓLIZA DE PAGO

Gracias por elegir Better Energy Everyday Wellness Company como su proveedor de quiropráctica. Estamos dedicados a traerle atención médica de calidad y económico. Debido a algunas de las preguntas que nuestros pacientes tienen con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por servicios realizados, nos han aconsejado desarrollar estas condiciones de pago. Por favor leer la póliza y hacer cualquier preguntas que usted pueda tener, y firmar en el espacio a continuación. Se le dará una copia a pedido.

1. DINERO EN EFECTIVO, TARJETA DE CREDITO o TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.
2. RECLAMO DE REEMBOLSO. Su compañía de seguros puede requerir una Súper Factura, por favor, solicite uno en el momento del servicio. Sus beneficios de seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.
3. CITA FALTADA. Nuestra póliza es de cobrar \$60.00 después de una cita faltada, no cancelada 24 horas de anticipación. Los cargos serán su responsabilidad y serán facturados directamente a usted. Ayúdenos a servirlos mejor manteniendo sus citas médicas.

Nuestra práctica médica se compromete a darle el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra área.

He leído y comprendo la póliza de pago y estoy de acuerdo seguir estas normas. Todas las respuestas son correctas y de mi mejor conocimiento, y estoy de acuerdo a continuar mi evaluación Quiropráctica en este momento.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Nombre del Paciente _____

Iniciales del Doctor _____