Quiropráctica Case History / Información del paciente

El Dr. Joseph Diana 1056 Grant Street Hazle Township, PA 18202

Fecha:_____

Sólo para uso oficial: Paciente # _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre de Usuario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SS # _____ Male_____ Female_____

Estado Civil (marque uno) Soltero Casado Viudo Divorciado Legalmente separado

Name_____ Idioma del cónyuge que habla (el suyo): _____

Su raza: _____ Raza (italiano, alemán, etc): _____

Fecha de nacimiento: _____

Contacto (teléfono) Información: Inicio: _____ Celular: _____ Carrier: _____

Preferencia de contacto: Círculo uno: Inicio celular

Número de fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Tel _____

Cómo o quien se refirió a nuestra oficina? _____

Los nombres y las edades de los niños: _____

Profesión: _____ empleador: _____

Familia el médico:? _____ Fecha de la última física _____

Cuando los médicos trabajan juntos le beneficia. Podríamos tener su permiso para actualizar su médico con respecto

su cuidado en esta oficina? (Círculo uno :) SÍ NO

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo de la consulta: (¿Por qué estás aquí?) Síntomas: _____

Fecha de aparición de los síntomas o accidente ocurrido: _____Did que tiene esta condición antes? SI NO

Se debe esto a: Auto _____ Work_____ Otro_____ Los días de trabajo perdidos? _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

Alguna vez ha sido diagnosticado o ha padecido? (Marque todas las condiciones que se aplican a usted) __Broken Huesos fracturados o __Osteoarthritis __Desorden alimenticio

Problemas __Circulatory	__Epilepsia	__Alcoholismo
__Artritis Reumatoide	__Pace fabricante	__Drogadicción
__Seizures / convulsiones	__Strokes	__HIV positivo
Enfermedad congénita __A	__Cáncer	__Gall vejiga
__Sangrado excesivo	__Ruptures	__Depresión
__High / tensión arterial baja	sangre __Coughing	__Úlceras

¿Tiene un historial de **carrera** o **¿hipertensión?**_____

una lista de cualquier **accidentes graves enfermedades, lesiones, caídas, o de auto?** _____

una lista de cualquier **cirugías y fechas:** _____

Qué **medicamentos o drogas** ¿estas tomando?_____

_____

Usted tiene alguna **alergia a algún medicamento** ***o*** **ninguna alergia** ¿de cualquier tipo? (Circule uno) Sí No

En caso afirmativo, describa: _____ ¿Ha sido tratado para **cualquier condición de salud** por un médico en el último año? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Por favor lista **cualquier otro problema de salud que tenga,** no importa lo insignificante que puede ser: _____

_____

HISTORIA SOCIAL:

¿Consume bebidas alcohólicas _____ Si es así, ¿cuánto por semana _____ ¿Es usted un fumador actual _____ Si es así, paquetes por día:??? _____ ex fumador? ? _____ ¿Toma suplementos vitamínicos _____ Si es así, enumere: _____ qué consume cafeína _____ Si es así, ¿cuánto por día:? _____ ¿Hace ejercicio _____ En caso afirmativo, ¿cuál es la frecuencia y el tipo de ejercicio _____ ¿Cuáles son? sus aficiones? _____

¿Qué porcentaje de tiempo durante el día (en casa o en el trabajo fuera de casa) hacen que gasta: lifting_____sitting_____ bending_____working a una computer_____

HISTORIA FAMILIAR :

padres:

Padre: _____ deceased_____Cause de la muerte: _____

Madre: salón _____deceased _____Cause de la muerte: _____

Compruebe si se aplica a usted: _____ Como un niño adoptado, se sabe poco de los padres biológicos o familiares.

ENFERMEDADES DE LA FAMILIA (indicar qué miembro de la familia de las iniciales que entran en: F, M, S, B, A, U, MGF, MGM, PGF, PGM)

F adre, **METRO** otro, **S** nistro, **segundo** Rother, **UNA** UNT, **T** ncle, **MGF** abuelo por parte de madre, **MGM** abuela materna, **PGF** abuelo paterno, **PGM** abuela paterna):

Tuberculosis_____
Diabetes _____
Carrera _____
Artritis_____
otro _____

Cáncer_____
Asma_____
Enfermedad del riñon_____
Enfermedad del higado _____

Enfermedad mental_____
Enfermedad del corazón _____
Enfermedad pulmonar_____

Por favor circule todas y cada una cobertura de seguro que puede ser aplicable en este caso:

- Seguro de grupo • BC / BS • Seguro de enfermedad • Seguro médico del estado
- Planes de Ahorro Cuenta médica y Flex • Compensación del Trabajador • Accidente de Auto

Nombre de la compañía de seguros primario: _____ **Nombre de la compañía de seguros secundaria (** Si alguna):_____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN : **Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al quiropráctico u oficina quiropráctica. Autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos de cabecera y otros profesionales de la salud y pagadores y para asegurar el pago de beneficios. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspender o terminar mi horario de atención según lo determinado por el médico tratante, las tarifas para los servicios profesionales serán inmediatamente debido y pagadero. Los cargos financieros se aplicarán en todas las cuentas de más de 30 días.**

El paciente entiende y se compromete a permitir esta oficina quiropráctica de usar su información de salud del paciente con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y la coordinación de la atención. Queremos que sepa cómo va su información de salud del paciente que se utilizará en esta oficina y sus derechos en relación con esos registros. Si desea tener una relación más detallada de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de la información de salud del paciente le recomendamos leer la nota de HIPAA que está a su disposición en la recepción antes de firmar este consentimiento. Si hay alguien que no quiere recibir sus registros médicos, por favor informar a nuestra oficina.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

tutor firma de autorización Atención: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE cuidado de un niño menor (menor de 18 años)

Nombre de los padres: _____ / teléfono celular #_____

Por la presente autorizo y consentimiento para la evaluación quiropráctica y el cuidado de mi hijo

Firma del Padre Guardián _____ Fecha: _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____