

---

## Demográficos del paciente nuevo

### Datos del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre que prefiere que lo llamen: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: (si es diferente de la dirección postal) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_ Situación laboral:  Empleado  Estudiante de tiempo completo

Estudiante de medio tiempo  Retirado  Otro: \_\_\_\_\_

---

### Datos del cónyuge:

¿Es su cónyuge un paciente en la clínica?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_

---

### Datos del empleador:

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

---

**INFORMACIÓN IMPORTANTE: POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA  
DE SEGURO A CONTINUACIÓN**

**Datos del asegurado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación del asegurado con el paciente: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo del asegurado: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Relación con usted: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Está bien que lo llame al trabajo?  Sí  No

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

|                                  |  |   |   |  |   |
|----------------------------------|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Médico            | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web | <input type="checkbox"/> Facebook         | <input type="checkbox"/> Iniciar sesión en el edificio | <input type="checkbox"/> Anuncio por correo directo |
| <input type="checkbox"/> Amigo   | <input type="checkbox"/> Miembro de la fam | <input type="checkbox"/> Empleador          | <input type="checkbox"/> Páginas amarilla | <input type="checkbox"/> Anuncio en el periódico       | <input type="checkbox"/> Otro                       |

Si seleccionó "miembro de la familia", "amigo", "médico" u otro, ingrese su nombre a continuación: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas:**

- |                                       |  |                                    |  |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis     | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca       |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastorno | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |

**Cirugías:**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía  | <input type="checkbox"/> Procedimiento cardiovascular | <input type="checkbox"/> Disco cervical           | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía   | Procedimiento de:                                     | <input type="checkbox"/> Transuretral de próstata |  |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Laminectomías                | <input type="checkbox"/> Otro: _____              | <input type="checkbox"/> Ninguno             |
|  | <input type="checkbox"/> Prostatectomía radical       |   |  |

**Alergias:**

|                                 |  |  |                               |                               |  |                                |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Pescado y marisco | <input type="checkbox"/> Leche o lactosa | <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Gluten de trigo | <input type="checkbox"/> _____ |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------|

**Historial social:**

|                    |  |   |                                   |
|--------------------|--|---|-----------------------------------|
| Cafeína            | <input type="checkbox"/> No consume nada | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> A menudo |
| Bebe alcohol       | <input type="checkbox"/> Nunca           | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> A menudo |
| Mastica tabaco     | <input type="checkbox"/> Nunca           | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> A menudo |
| Experimenta estrés | <input type="checkbox"/> Nunca           | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> A menudo |
| Ejercicio          | <input type="checkbox"/> Nunca           | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> A menudo |

|                 |                                |   |                                  |
|-----------------|--------------------------------|---|----------------------------------|
| Usa el cinturón | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> Siempre |
|-----------------|--------------------------------|---|----------------------------------|

**Antecedentes familiares: Por favor marque todas las que correspondan N/A**

| Parentesco | Artritis                 | Cáncer                   | Colesterol               | Diabetes                 | Problemas cardíacos      | Presión arterial alta    |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Padre      | <input type="checkbox"/> |
| Hermano    | <input type="checkbox"/> |

**Uso de sustancias: marque todas las que correspondan N/A**

| Ninguna  | Alcohol                  | Anfetaminas              | Barbitúricos             | Cocaína                  | Metanfetamina            | Heroína                  | Marihuana                |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pasado   | <input type="checkbox"/> |
| Presente | <input type="checkbox"/> |

**Actividades ocupacionales:**

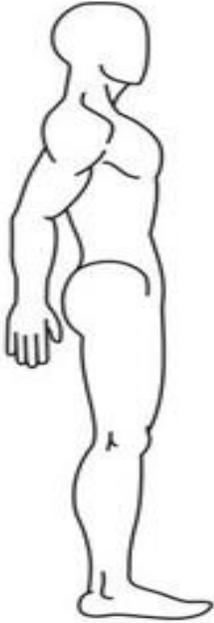
|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración               | <input type="checkbox"/> Propietario       | <input type="checkbox"/> Oficinista/secretariado   | <input type="checkbox"/> Usuario de computadora             |
| <input type="checkbox"/> Construcción                 | <input type="checkbox"/> Guardería/cuidado | <input type="checkbox"/> Ejecutivo/legal           | <input type="checkbox"/> Servicio de alimentos<br>Industria |
| <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Atención médica   | <input type="checkbox"/> Operador de equipo pesado | <input type="checkbox"/> Ama                                |
| <input type="checkbox"/> Fabricación                  | <input type="checkbox"/> jubilado          | <input type="checkbox"/> Comerciante               | <input type="checkbox"/> Otro                               |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

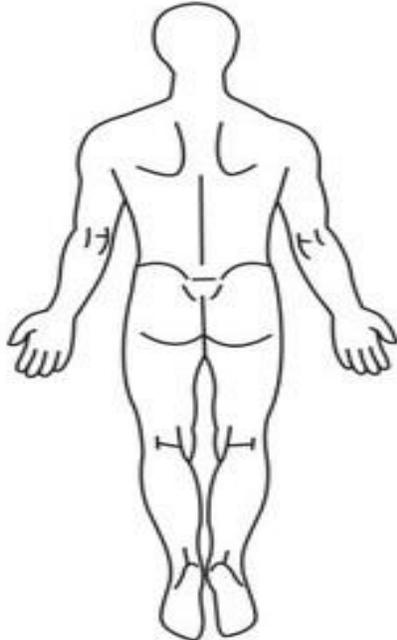
## Diagrama del dolor

Dinos dónde te duele. Marque las áreas del cuerpo donde siente dolor.  
 Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se irradia, muestre una flecha desde donde comienza hasta donde termina.  
 Por favor, extienda las flechas hasta donde llegue el dolor. Use los símbolos apropiados que se enumeran a continuación.

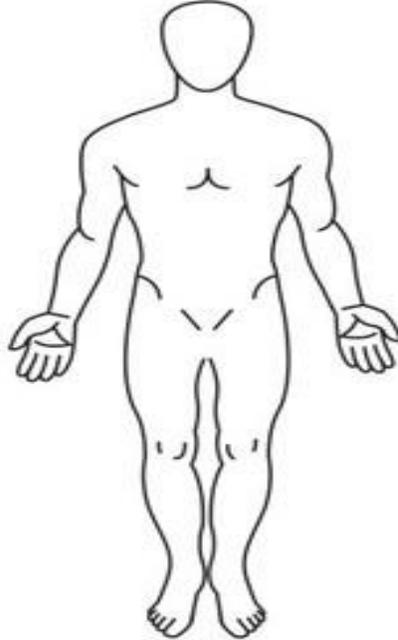
|            |            |                     |                         |               |                 |
|------------|------------|---------------------|-------------------------|---------------|-----------------|
| Dolor: >>> | Ardor: XXX | Entumecimiento: === | Alfileres y agujas: 000 | Punzante: /// | Palpitante: ~~~ |
|------------|------------|---------------------|-------------------------|---------------|-----------------|



Lado derecho



Atrás



Frente



Lado izquierdo

Describe sus síntomas: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Cómo comenzaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

### ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas?

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intermittentemente<br>(0-25% del día) | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente<br>(26-50% del día) | <input type="checkbox"/> Frecuentemente<br>(51-75% del día) | <input type="checkbox"/> Constantemente<br>(70-100% del día) |
|--|---|---|--|

### ¿Qué describe sus síntomas?

|                                |                                      |                                      |   |                                    |   |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Dolor sordo | <input type="checkbox"/> Dolor Agudo | <input type="checkbox"/> Dolor Punzante | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|

### ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

|                                    |                                       |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mejorando | <input type="checkbox"/> No cambiando | <input type="checkbox"/> Empeorando |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

Durante las últimas 4 semanas, indique la intensidad promedio de sus síntomas: (encierre solo un número)

|             |   |   |              |   |                  |   |   |                            |   |    |
|-------------|---|---|--------------|---|------------------|---|---|----------------------------|---|----|
| 0           | 1 | 2 | 3            | 4 | 5                | 6 | 7 | 8                          | 9 | 10 |
| (sin dolor) |   |   | (dolor leve) |   | (dolor moderado) |   |   | (el peor dolor imaginable) |   |    |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor ha interferido con su trabajo normal? (tanto dentro como fuera del hogar)</b> |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nada   | <input type="checkbox"/> Un poco                | <input type="checkbox"/> Bastante       | <input type="checkbox"/> Extremadamente        | <input type="checkbox"/> Moderadamente |
| <b>Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor ha interferido con sus actividades de la vida social?</b>                     |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nada   | <input type="checkbox"/> Un poco                | <input type="checkbox"/> Bastante       | <input type="checkbox"/> Extremadamente        | <input type="checkbox"/> Moderadamente |
| <b>En general, diría que su salud general en este momento es:</b>   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Excelente  | <input type="checkbox"/> Muy buena              | <input type="checkbox"/> Buena          | <input type="checkbox"/> Regular               | <input type="checkbox"/> Mala          |
| <b>¿Quién ha visto por sus síntomas?</b>  |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nadie  | <input type="checkbox"/> Otro quiropráctico     | <input type="checkbox"/> Médico         | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        | <input type="checkbox"/>               |
| <b>¿Qué tratamiento recibió?</b>  |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ajustes  | <input type="checkbox"/> Fisioterapia           | <input type="checkbox"/> Medicamentos   | <input type="checkbox"/> Cirugía               | <input type="checkbox"/>               |
| <b>¿Cuándo recibió este tratamiento?</b>  |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> En el último mes   | <input type="checkbox"/> Hace 2-3 meses<br>Hace | <input type="checkbox"/> 3-6 meses Hace | <input type="checkbox"/> 6 meses a un año      |  |
| <input type="checkbox"/> Hace 1-2 años  | <input type="checkbox"/> Hace 2-5 años          | <input type="checkbox"/> Hace 5-10 años |  |  |
| <b>¿Qué pruebas le han hecho para sus síntomas?</b>   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Radiografías   | <input type="checkbox"/> MRI                    | <input type="checkbox"/> CT Scan        | <input type="checkbox"/>                       |  |
| <b>¿Cuándo se realizaron estas pruebas?</b>   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> En el último mes   | <input type="checkbox"/> Hace 2-3 meses         | <input type="checkbox"/> Hace 3-6 meses | <input type="checkbox"/> Hace 6 meses a un año |  |
| <input type="checkbox"/> Hace 1-2 años  | <input type="checkbox"/> Hace 2-5 años          | <input type="checkbox"/> Hace 5-10 años | <input type="checkbox"/>                       |  |
| <b>¿Ha tenido síntomas similares en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>                    |   |   |  |  |
| <b>¿Ha visto tratamiento en el pasado por los mismos o similares síntomas, a quién vio?</b>                                   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Esta oficina   | <input type="checkbox"/> Otro quiropráctico     | <input type="checkbox"/> Médico         | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        | <input type="checkbox"/>               |

¿Quién es su médico de cabecera? \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina de quiropráctica preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar cobros a la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarse directamente a esta oficina de quiropráctica se acreditará a mi cuenta al recibirla. También otorgo este poder notarial para endosar cheques a mi nombre para que sean acreditados en mi cuenta. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados a mí se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, los honorarios por los servicios profesionales que se me hayan prestado vencerán y serán pagaderos de inmediato.

**Divulgación de información**

En caso de que el Dr. Brad Moffit, Dr. Mike Begley or Kevin DiBella crea que es necesaria una segunda opinión o considere necesario comunicarse con mi médico primario o tratante, autorizo a esta oficina a divulgar mis registros médicos derivados de dicho tratamiento.

\_\_\_\_\_  
**Iniciales del Paciente o Tutor**

**Asignación inicial de ingreso:**

Por la presente ordeno a todos los pagadores que divulguen cualquier información sobre cualquier cobertura o beneficio para pagar directamente a Carolina Chiropractic Plus. Autorizo a esta oficina a divulgar cualquier información a las compañías de seguros con respecto a mi tratamiento para facilitar el cobro. Acepto que todas las disposiciones de este acuerdo son razonablemente necesarias para la protección de los derechos e intereses de Carolina Chiropractic Plus y míos.

\_\_\_\_\_  
**Iniciales del Paciente o Tutor**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_