



Historia De Salud Adulto

3082 Dyer Blvd, Kissimmee, FL 34741
Tel. 407.329.3747/Faximil 407.264.6167

Fecha: _____ Quien lo refirio a nuestra clinica? _____

Datos Demograficos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____

Edad: _____ Femina Masculino

Dirreccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono móvil: _____

Autorizo que mi correo electrónico y teléfono se añadan a la base de datos de Achieve Wellness para alertas de texto, promoción de productos y/o eventos relacionados a la clinica

Estado civil: Soltero Casado Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____ Ocupacion: _____

Nombre del cónyuge _____

Total de hijos y edades: _____

Nombre y número contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Razon por la cual nos visita:

Por favor, identifique la condición (s) que lo trajo a esta oficina: Principalmente: _____

Segundo: _____ Tercero: _____ Cuarto: _____

¿Cuándo comenzó el problema (s)? _____ El problema en su peor momento? AM PM Mediodía

¿Duracion? constante por intervalos durante el día viene y va durante dia/semana

¿Como resultado de algun tipo de accidente? Sí No

En caso afirmativo, identifique el tipo: Auto Ocupacion laboral Otro (por favor explique): _____

Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ Aproximadamente a qué hora de ese día? ____ am ____ pm

¿Ha informado de este accidente a otro medico/facilidad medica? No Sí a quién: _____

En caso afirmativo, cuando: _____ ¿por quién? _____ Tiempo bajo cuidado? _____

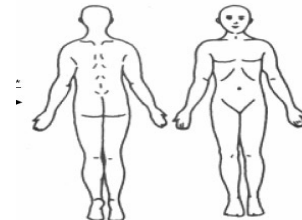
Cuáles fueron los resultados? _____

Nombre del quiropráctico anterior: _____ N / A

* Por favor, marque las áreas en el diagrama con las siguientes letras para describir sus síntomas:

R = Radiación/ Q= Quemazón/ N= Dolor Entumecimiento/ S= Sostenido / P= Puñalada/ H = Hormigueo

Que alivia sus síntomas? _____



¿Qué los empeora? _____

Identificar cualquier otra lesión (s) para la columna vertebral, menor o mayor, que el médico debe saber sobre:

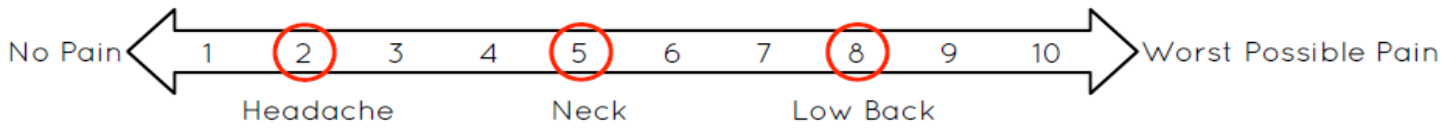
Cuan comprometido esta con su salud y el restablecimiento de la misma? Bien Comprometido Depende

GRADO DE INTENSIDAD

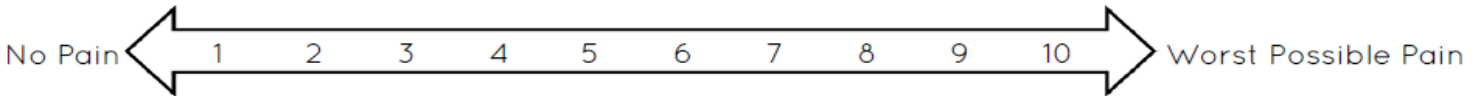
Instrucciones: Por favor marque con un círculo el número que mejor describe la pregunta que se hace.

Nota: Si tiene más de una queja, por favor responda a cada pregunta para cada queja individual e indicar la puntuación de cada queja. Favor de indicar su nivel de dolor en estos momentos, el dolor promedio, y el dolor en su mejor y lo peor.

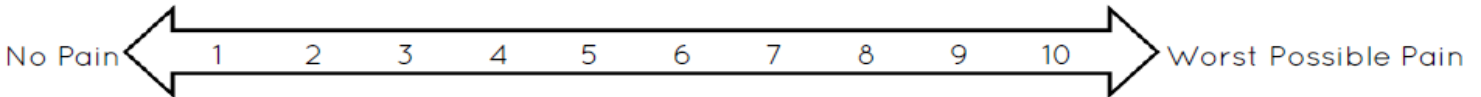
Example



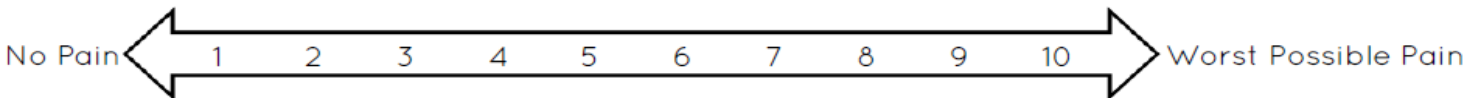
1. What is your pain **RIGHT NOW**?



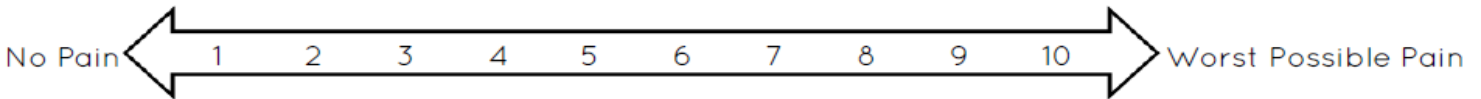
2. What is your **TYPICAL** or **AVERAGE** pain?



3. What is your pain level **AT ITS BEST** (How close to "0" does your pain get at its best)?



4. What is your pain level **AT ITS WORST** (How close to "10" does your pain get at its worst)?



LISTA DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME RECETADOS, SIN RECETA Y SUPLEMENTOS:

ACTIVIDADES DEL DIARIO

Identificar cómo condición actual afecta su capacidad de llevar a cabo actividades diarias que son habitualmente parte de su vida:

Cargar las compras	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Sentado a de pie	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Subir Escaleras	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Cuido de Mascota	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Conducir	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Uso Computadora	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Tareas del Hogar	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Levantar Niños	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Lectura/Concentration	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Ducharse	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Lavanderia	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Actividades Sexuales	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Dormir	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Acto de Sentarce	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
De pie	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Jardineria	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Sentado	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Caminar	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ningun Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (Puedo hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (con limitacion)	<input type="checkbox"/> No puedo hacer

HISTORIA PASADA

¿Ha sufrido con todo esto o un problema similar en el pasado? No Sí

En caso afirmativo ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue el último episodio? _____ ¿Cómo ocurrió la lesión? _____

Otras formas de tratamiento?: No Sí

En caso afirmativo, indique qué tipo de tratamiento: _____ quien la facilitó:?

¿Hace cuánto? _____ Cuales Fueron los resultados. favorable desfavorable por favor explique:

Por favor, identifique cualquier y todos los tipos de trabajos que ha tenido en el pasado que han impuesto algún tipo de estrés físico en usted o su cuerpo: _____

Marque P para en el pasado, C para corriente, N para Nunca las condiciones sufridas

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas de prostata |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Resfriados / Gripe Frecuente | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Impotencia / Disfuncion Sexual | <input type="checkbox"/> La acidez | <input type="checkbox"/> Dolor Mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Hombro Dolor | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Problemas Colon |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda media |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Estornudos dolorosos | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Menopausia | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Pie o Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Problema Menstrual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sinositis / Drenaje Problema | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> PMS (mujeres) | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmón | <input type="checkbox"/> Irritable/Cambio de Temperamento |
| <input type="checkbox"/> Curvatura en la espalda | <input type="checkbox"/> Inflamación / Coyonturas Dolorosas | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del riñón | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Brazos entumidos / hormigueo: manos, dedos | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD |
| <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Dislocación |
| <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir | <input type="checkbox"/> Piernas entumidas / sensación hormigueo, pies, dedos de los pies | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C) | <input type="checkbox"/> Hueso roto | <input type="checkbox"/> Dislocación |
| <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad, Impedimento | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Osteo Artritis | | |

HISTORIA SOCIAL

1. Fumadores: Si No Cigarros Cigarrillos ¿Frecuencia? Diario Fines de semana Ocasionalmente
2. Consumo bebidas alcohólicas: Si No Fines de semana Diario Ocasionalmente
3. El uso de drogas recreacionales: Si No Fines de semana Diario Ocasionalmente
4. Hobbies-Actividades Recreativas: Si No Fines de semana Diario Ocasionalmente

HISTORIA FAMILIAR

1. ¿Hay alguien en su familia que sufre de la misma condición (es)? No Sí

Si es así quién?: Hijo Hija Abuela Abuelo Madre Padre Hermana Hermano

¿Se les ha tratado alguna vez por su condición? No Sí No lo sé

2. Cualquier otra condición el médico debe tener en cuenta? No Sí: _____

Por la presente autorizo el pago se efectúa directamente a Achieve Wellness para todas las prestaciones que se le abona bajo un plan de salud o de cualquier otra fuente de garantías. Autorizo la utilización de esta aplicación o copias de los mismos para los efectos de la tramitación de reclamaciones y efectuar pagos, y reconosco que esta asignación de beneficios en ninguna manera me exime de la responsabilidad del pago y seguire siendo financieramente responsable a Achieve Wellness de cualquier servicio presente y todos los servicios futuros que recibo en esta oficina.

Firma Paciente o persona autorizada

_____/_____/_____
Fecha

Firma del Médico

_____/_____/_____
Fecha

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Con respecto a: Ajustes quiroprácticos, modalidades y procedimientos terapéuticos:

Se me ha informado que el cuidado quiropráctico, al igual que todas las formas de atención de la salud, tiene ciertos riesgos. mientras que los riesgo son a menudo mínimos, en raros casos, las complicaciones como lesiones, esguince / deformación, irritación de una condición de disco, y aunque rara vez, fracturas menores, y posible accidentes cerebrovascular, que se produce a una tasa entre un caso por millón y de una por dos millones, se han asociado con los ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y, todos los demás procedimientos previstos en la clínica de Achieve Wellness han sido explicados a mí para satisfacción y yo he transmitido mi comprensión al médico.

Después de una cuidadosa consideración, por este medio doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, el método y las técnicas que el médico considere necesario para tratar mi condición a lo largo de todo el curso clínico de mi cuidado.

Con respecto a: Tratamiento Quiropráctico Escoliosis (Ajustes, modalidades y procedimientos terapéuticos)

Se me ha informado de todo lo anterior, así como las normas asociadas con el tratamiento de la escoliosis en respecto a la observación y a la espera de cirugía y/o abrazadera. También he sido informado de los riesgos asociados a no seguir esas normas. También soy consciente de que no hay ninguna garantía o promesa de ningún resultado y estoy consciente de que la escoliosis puede progresar aún. Después de una cuidadosa consideración, lo hago por este medio: doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, el método y las técnicas, el médico considere necesario para tratar mi condición en cualquier momento a lo largo de todo el curso clínico de mi cuidado y bajo mi libre albedrío opto por no seguir las normas asociadas con el tratamiento de la escoliosis.

Firma Del Paciente o persona autorizada

____ / ____ / ____
Fecha

Iniciales Testigo

Con respecto a: Rayos X / Estudios por imágenes

FEMINAS SOLAMENTE por favor lea cuidadosamente, marque y feche las cajas que apliquen pertinentemente , si ha comprendido todo y no tiene preguntas adicionales, de tener preguntas adicionales; favor hablar con la recepcionista.

- El primer día de mi último ciclo menstrual ____ - ____ -Fecha
- Se me ha proporcionado una explicación completa de cuando mas altas las probabilidades de quedar embarazadas, y para mi conocimiento, no estoy embarazada en este momento.

Por mi firma abajo estoy reconociendo que el médico y/o un miembro del personal ha discutido conmigo los efectos peligrosos de ionización a un niño no nacido, y he transmitido mi entendimiento de los riesgos asociados con la exposición a los rayos x. Después de una cuidadosa consideración por la presente consiento para que el examen de rayos X para diagnóstico médico considerado necesario en mi caso.

Hombres / mujeres: Entiendo y doy mi consentimiento para tomar radiografía (s) si el médico lo considere necesario.

Firma del Paciente y/o persona autorizada

____ / ____ / ____
Fecha

Iniciales Testigo

Practicas de Privacidad en Achieve Wellness

Es requerido en esta oficina a que se le notifique por escrito, que por ley, debemos mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Además tenemos que proveerle con una notificación por escrito sobre sus derechos para tener acceso a su información de salud, y la circunstancias potenciales bajo el cual, por ley, o según lo dictado por nuestra política de la oficina, que están autorizados a revelar información acerca de usted a una tercera parte sin su autorización. A continuación se muestra un breve resumen de estas circunstancias. Si desea una explicación más detallada, esta será proporcionado a usted. Además, usted encontrará que hemos colocado varias copias en carpetas de informes etiquetados "HIPAA" en las tablas de la recepción. Una vez que Hayan leído este aviso, por favor firme y devuelva a nuestra recepcionista. Usted recibirá una copia para sus registros.

REVELACIONES PERMITIDAS:

1. Discusión 1. Tratamiento- con otros proveedores de atención de la salud involucrados en su cuidado
 2. Discusión Inadvertida- en las areas de tratamiento abiertas. Si tiene que hablar en privado con el médico, por favor comuniquelo a nuestro personal para asi acomodarlo en una sala de consulta privada.
 3. Para efectos de pago - para obtener el pago de su compañía de seguros o cualquier otra fuente de garantía.
 4. Con propósitos de compensación de trabajadores para procesar una reclamación o la ayuda en la investigación
 5. EMERGENCIA en el caso de una emergencia médica, podemos notificar a un miembro de la familia
 6. Para la salud pública y la seguridad - con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o general público.
 7. Las agencias gubernamentales o aplicación de la ley - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
 8. Para militares, la seguridad nacional, el preso y el gobierno.
 9. Las personas fallecidas -Discusión con médicos forenses y examinadores médicos en caso de muerte de un paciente.
 10. Las llamadas telefónicas o correos electrónicos y recordatorios de citas -nos puede llamar a su casa y dejar mensajes con respecto a una cita perdida o notificación de cambios en las horas de práctica o próximos eventos.
 11. Cambio de propiedad- en el caso de que esta práctica se vende, los nuevos propietarios tendrían acceso a su Información.
1. Para recibir un informe de divulgaciones
 2. Para recibir una copia impresa de la "Detalle" Aviso de Privacidad integral
 3. Solicitar los envíos a una dirección diferente a la de residencia
 4. Para solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones y con los que revelar información a, aunque no estamos obligados a cumplir. Sin embargo, si estamos de acuerdo, la restricción estará en su lugar hasta que una notificación por escrito de su intención de eliminar la restricción.
 5. Para inspeccionar sus expedientes y recibir una copia de su expediente sin costo alguno, con aviso por adelantado
 6. Solicitar a las enmiendas a la información. Sin embargo, al igual que las restricciones, no estamos obligados a acceder a ellos.
 7. Para obtener una copia de su expediente sin costo alguno, cuando se proporciona aviso oportuno (72 horas). Los rayos X son registros originales y por lo tanto, no tienen derecho a ellos. Si usted quisiera subcontratar a un centro de imágenes, para tener copias hechas, estaremos encantados de acomodarlo. Sin embargo, usted será responsable de este costo.

QUEJAS:

Si usted desea presentar una queja formal sobre cómo manejamos su información médica, por favor llame al 407.329.3747 con Yasmin. Si ella no está disponible, usted puede hacer una cita con nuestro recepcionista a verla dentro de las 72 horas o 3 días laborables . Si usted aún no está satisfecho en la manera en el que esta oficina maneja su queja, puede presentar una queja formal a:

Centralized Case Management
Operations
U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Paciente de **Achieve Wellness**. Entiendo mis derechos, así como el deber de practicas para proteger mi información de salud, y han transmitido mi comprensión de estos derechos y deberes para con el médico. Entiendo, además, que esta oficina se reserva el derecho a modificar el presente "Aviso de prácticas de privacidad" en cualquier momento en el futuro y hará que las nuevas disposiciones efectivas para toda la información que mantiene el pasado y el presente.

Soy consciente de que una versión más completa de este "Aviso" está disponible para mí y varios ejemplares conservados en la zona de recepción. En este momento, yo no present con dudas con respecto a mis derechos o alguna de la información que he recibido.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____