



DR. ALLEN KOWARSKI
CHIROPRACTIC
& PHYSICAL THERAPY CENTER

3970 WALNUT STREET
(CORNER OF MAIN ST.)

FAIRFAX, VA 22030

FECHA _____

PARA EL PACIENTE NUEVO

TODOS LOS PACIENTES NUEVOS SON REQUERIDOS QUE LLENEN UN QUESTIONARIO SOBRE SU SALUD PERSONAL Y SU SEGURO MEDICO.

PRUEBAS DE PANTALLA VAN A SER TOMADAS PARA QUE AYUDEN A DETERMINAR SI UN QUIROPRACTICO LE AYUDARA. SI NO ERES ACCEPTADO COMO UN PACIENTE QUIRO PRACTICO, NOSOTROS TRATAREMOS DE ASSISTIR LE PARA LOCALIZAR EL TIPO DE MEDICO O ESPECIALISTA QUE NOSOTROS PENSAMOS, QUE SU CONDICION REQUIERE. NO HAY NINGUN COSTO PARA ESTAS PRUEBAS.

MARQUE EL TIPO DE SEGURO QUE TIENE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COMPENSACION DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> CHCP |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO | <input type="checkbox"/> HEALTH CARE |
| <input type="checkbox"/> SEGURO PRINCIPAL | <input type="checkbox"/> CMS/BLUE SHIELD |
| COMPANIA _____ | NUMERO DE SEGURO _____ |
| NUMERO DE SEGURO _____ | <input type="checkbox"/> NUMERO DE MEDICARE _____ |
| DEDUCTIBLE _____ | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> DINERO | |

NOMBRE _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____ NUMERO DE TELEFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ AREA POSTAL _____

OCCUPACION _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

MASCULINO _____ FEMENINA _____ ESTADO MATRIMONIAL _____

EMPLEADO POR _____ NUMERO DE TELEFONO _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ AREA POSTAL _____

QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____

HAS TENIDO CUIDO QUIROPRACTICO ANTERIORMENTE? SI NO

QUAL ES LA FECHA APROXIMADA DE SU ULTIMO FISICO? _____

ESTAS PRESENTAMENTE EN EL CUIDO DE OTRO MEDICO SI NO

DE EL NOMBRE DE EL MEDICO _____

Salvo que me oponga, mi nombre, ubicación y estado general pueden aparecer en el directorio de pacientes. Salvo que solicite lo contrario, la información sobre mi salud puede ser revelada a otras personas involucradas en mi atención médica (ej. Miembros de mi familia, representantes personales, mis cuidadores). Salvo que me oponga, mi filiación religiosa puede ser revelada a miembros del clero.

Tengo el derecho de solicitar restricciones o limitaciones en cuanto al modo de utilizar la información protegida sobre mi salud para tratamientos, pagos u operaciones administrativas. La HIPPA no exige que se acepten tales solicitudes, pero si se aceptan las restricciones, éstas deben respetarse.

_____ Nombre de paciente (letra de molde)	_____ Firma de paciente
_____ Firma de representante legal	_____ Relación al paciente
_____ Fecha	_____ Testigo

NOMBRE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA: _____

¿CUAL ES SU QUEJA PRINCIPAL? _____

CONDICIONES MEDICAS ACTUALES O PREVIAS (EJEMPLO ALTA PRESION, DIABETES)

CIRUGIA / HOSPITALIZACIONES PREVIAS (EJEMPLO APENDICITIS)

ALERGIAS: _____

ANOTE MEDICAMENTOS QUE TOMA, INCLUYENDO MEDICAMENTOS NO RECETADOS (EJEMPLO: ADVIL, LAXANTES, VITAMINAS, YERBAS NATURALES) INDIQUE DOSIS DIARIA

HISTORIAL DE FAMILIA:

CANCER SI NO
ULCERA SI NO
PIEDRA EN LA VESICULA SI NO
ENFERMEDAD DEL HIGADO SI NO

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

OCUPACION: _____ / RETIRADO(A)

HABITOS:

¿FUMA? SI NO (INDIQUE CANTIDAD DIARIA _____)
¿TOMA BEBIDAS ALCÓLICAS? SI NO (INDIQUE CANTIDAD DIARIA _____)
¿HA USADO DROGAS ILEGALES? SI NO
¿HA TENIDO UNA TRANSFUSION DE SANGRE? SI NO

¿SE A HECHO ANALISIS EN UN LABORATORIO RECIENTEMENTE? INDIQUE CUANDO Y DONDE

¿SE HA TOMADO RADIOGRAFIAS EN EL ÚLTIMO AÑO? INDIQUE DE QUE, DONDE Y CUANDO

*** POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS, GRACIAS.**

INDIQUE SI TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTE CONDICIONES:

SINDROME DE FATIGA CRONICA
 PERDIDA DE PESO
 FIEBRE
 ANEMIA
 CANCER (INDIQUE DE QUE)

DIABETES
 TIROIDES
 NERVIOSISMO
 TENDENCIA A SANGRAR

LE TIMBRA LOS OIDOS
 INFECCION DE OIDO
 MAREO
 PROBLEMA CON LA VISION
 GLUCOMA

SINOSITIS
 RONQUERA
 INFECCION DE LOS OJOS
 CATARATA

NEUMONIA
 ASMA
 FALTA DE RESPIRACION

BRONQUITIS
 TOS

DOLOR DE PECHO
 ALTA PRESION

PALPITACIONES
 ¿SE LE HINCHAN LOS TOBILLOS?

ALERGIA DE LA PIEL

DIARREA
 ACIDES
 NAUSEAS
 SANGRE EN LA ESCRETA
 ENFERMEDAD DEL HIGADO

ESTREÑIMIENTO
 DOLOR ESTOMACAL
 VOMITOS
 GASES
 DIFICULTAD TRAGANDO

INFECCION DE LA ORINA
 PIEDRA EN EL RIÑON
 DISMINUCION EN EL FLUJO AL ORINAR

SANGRE EN LA ORINA
 DOLOR AL ORINAR
 ¿ORINA MAS DE DOS VESES EN LA NOCHE?

ARTRITIS/REUMATISMO
 DOLOR DE ESPALDA (CRONICO/RECURENTE)
 OSTEOPOROSIS

GOTA

DERRAME CEREBRAL
 TEMBLOR DE MANO
 ADORMECIMIENTO/HORMIGUEO
 DOLOR DE CABEZA (FRECUENTE)
 PERDIDA DE MEMORIA

DEPRESION
 ATAQUE DE PANICO
 MIGRAÑA
 ANCIEDAD