

Bienvenido



Liringis Chiropractic

Winston-Salem (336) 768-1004 • Fax (336) 659-1373
3570 Vest Mill Road, #B • Winston-Salem, NC 27103

Greensboro (336) 299-3230 • Fax (336) 299-2122
1622 Stanley Road • Greensboro, NC 27407

Dr. Steve Liringis
Dr. LaTanya Bowman

1 DATOS PERSONALES

Fecha de Hoy: _____ / _____ / _____ Archivo #: _____

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL

¿Cuál es el nombre por el cuál prefiere ser llamado?: _____ Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio/Dirección donde vive: _____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Número de Telefono : _____ Número de Celular: _____

Teléfono de oficina/trabajo: _____ Interno/Número de Extensión: _____

Dirección de E-mail: _____

Empleador : _____ Tiempo que lleva trabajando allí _____

Dirección del Empleador: _____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Ocupación/Tipo de Trabajo: _____

Estado Civil: Menor de Edad Soltero Casado Divorciado Separado Viudo(a)

Nombre de su Esposo(a): _____

¿Tiene usted hijos(as)? Sí No ¿Cuántos hijos(as) tiene? _____

2 EN CASO DE EMERGENCIA

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? _____

Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Extensión: _____

¿Quién es su médico de cabecera/principal? _____

Número de teléfono de su médico: _____

➤ sigue en la próxima página

1. Motivo de su visita el día de hoy: Nueva lesión Lesión anterior Cuidado Preventivo Dolor Crónico
2. ¿Esta teniendo dolor ahora? Sí No

3. En esta sección, marque solo **UN CASILLERO** que mejor describa el tipo o **motivo de su problema**. Luego conteste las preguntas debajo del casillero marcado. Use el espacio a la derecha para completar los detalles.

RESPUESTAS: COMENTARIOS

A. **Accidente de Auto** Fecha _____

1. ¿Cómo fue impactado su auto? _____
2. ¿Cuál es la cantidad del daño a su vehículo? (en dólares) _____
3. ¿Pudo darse cuenta que el accidente iba a ocurrir? Sí No _____
- Si respondió que sí, marque uno sólo de estos casilleros:
- Sí, me di cuenta pero sin tiempo para reaccionar _____
- No llegué a darme cuenta que iba a ocurrir el accidente _____
- Sí pude darme cuenta y pude comenzar a frenar _____
4. ¿Se desmayó usted a causa del accidente? Sí No _____

B. **LESION OCURRIDA HACIENDO DEPORTE**

Fecha _____, ¿Dónde y Cómo ocurrió? _____

Deporte que estaba practicando _____

C. **LESION OCURRIDA EN EL TRABAJO** Fecha _____,

Causa: Levantar peso Torcer Caída Doblar Desgarro Estirar _____

D. **RELACIONADO AL TRABAJO - (PERO SIN LESION)**

Fecha _____, ¿De que manera ha su trabajo causado el problema? _____

E. **CUIDADO PREVENTIVO (NO CAUSADO POR ACCIDENTE NI LESIÓN)** _____

1. ¿Fue usted al hospital? Sí No Fecha en la que fue al hospital: _____
2. ¿Cual es el nombre del hospital? _____
3. ¿Cómo llegó al hospital? Ambulancia Auto Policia Caminando Helicóptero Conduciendo Me llevaron Otra forma
4. ¿Recibió usted en el hospital puntos de costura para cerrar corte(s) en la piel? Sí No
5. ¿Le tomaron radiografías (Rayos -X) en el hospital? Sí No Si respondió que sí, ¿de cuál parte de su cuerpo?
Cuello Cabeza Espalda Baja espalda Pelvis Cadera Pierna Rodilla Pie Hombro Brazo Otro
6. ¿Quedó usted hospitalizado esa noche? Sí No
7. Marque lo que le fue recetado en el hospital: Medicación para el Dolor Relajante Muscular Abrazadera de Cuello Otro
8. ¿Ha recibido usted alguno de estos tratamientos?
Inyección Sí No Abrazadera Sí No Terapia Física Sí No Bastón/Muletas Sí No
9. ¿Tuvo usted que regresar al hospital? Sí No
Si respondió que sí, nombre del hospital: _____ Fecha cuando fue al hospital: _____

1. ¿Es Liringis Chiropractic el único consultorio médico al que usted ha visitado para atenderse por este accidente? Sí No
Si respondió que no, ¿a cuál otro médico o doctor ha usted visitado? _____
Fecha en la que visto a al otro médico: _____ Especialidad: _____
2. ¿Le tomaron Rayos-X? Sí No Si respondió que sí, ¿a cuál parte del cuerpo? _____
Cuello Cabeza Espalda Baja Espalda Pelvis Cadera Pierna Rodilla Pie Hombro Brazo Otro
Nombre del lugar dónde le tomaron la radiografía (Rayos-X): _____ Fecha de la radiografía: _____
3. Marque lo que le fue recetado: Medicación para el Dolor Relajante Muscular Abrazadera de Cuello Otro

6

MOTIVO O LIMITANTES PARA NO TRABAJAR

1. **Antes** de venir aquí a Liringis Chiropractic, ¿ha usted perdido horario/tiempo de su trabajo? Sí No
Si respondió que **sí**, pida un calendario para indicar cada día de trabajo perdido y las horas perdidas por cada día no trabajado.
Fecha/Horas: _____
2. ¿Ha recibido usted de **algún médico o doctor** una orden por escrito de no asistir a su trabajo? Sí No
Si respondió que **sí**, pida un calendario para indicar cada día de trabajo excusado y las horas de empleo perdidas por cada día no trabajado.
Fecha/Horas: _____
3. ¿Ha recibido usted de **algún médico o doctor** una orden escrita indicando una a **limitación en su trabajo**? Sí No
Si respondió que **sí**, por favor explique tipo de limitación: _____

7

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Tiene o ha tenido usted algunas de estas condiciones médicas, enfermedades o tratamientos? S(Sí) N(No)

S N Paro o ataque de corazón	S N Cirugía Cardíaca/Marcapasos	S N Soplo en el corazón	S N Condición cardíaca congénita	S N Prolapso Válvula Mitral
S N Válvulas Artificiales	S N Abuso de Alcohol/Drogas	S N Enfermedad Venérea	S N Hepatitis	S N HIV+ / SIDA / ARC
S N Herpes	S N Cáncer	S N Dolor de Cuello frecuente	S N Glaucoma	S N Anemia/Diabetes
S N Presión Alta/Baja	S N Problemas Psiquiátricos	S N Fiebre Reumática	S N Dolor de cabeza intenso/frecuente	S N Problemas de Riñón
S N Ulceras/Colitis	S N Desmayos/Ataques Epilepsia	S N Problemas de Sinusitis	S N Enfisema/Asma	S N Tuberculosis
S N Dificultad para respirar	S N Quimioterapia	S N Problemas de Espalda	S N Implante(s) en hueso o articulación	S N Artritis
2. Indique aquí cualquier otra condición médica seria y/o cirugía que haya tenido (incluyendo fechas) y que no figure en la lista de arriba:

3. Indique cualquier accidente(s) serio(s) que usted haya sufrido anteriormente (incluido fecha): _____
4. Por favor indique cualquier tipo de alergia que usted tenga: _____
5. Antecedentes de enfermedades recurrentes en su familia: _____
6. ¿Toma vitaminas o suplementos? Sí No ¿Hace ejercicio o deportes? Sí No _____ horas por semana
7. ¿Fuma cigarrillos? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Desde cuándo? _____
8. Usa usted: Eleva talones Plantillas Soportes para arco del pie ¿Está haciendo dieta? No Sí Desde: ____/____/____
9. Sólo para mujeres: ¿Está tomando anticonceptivos? Sí No ¿Está usted amamantando un niño(a)? Sí No
¿Está usted embarazada? Sí No Si lo está, ¿cuántas semanas tiene de embarazo? _____

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

- ▲ Le alentamos a que nos haga cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestros servicios. La buena atención médica se basa en mantener una relación amistosa y de comprensión mutua entre el paciente y el proveedor de servicios médicos.
- ▲ Nuestras normas operativas requieren que se haga el pago de la totalidad de los servicios recibidos al momento de recibir los mismos, salvo que se hayan establecido otras condiciones con nuestro gerente de oficina.
- ▲ Yo autorizo al personal de este consultorio médico a llevar acabo todo servicio que sea necesario según el diagnóstico y tratamiento.
- ▲ Yo comprendo la información contenida en este formulario y garantizo que lo he completado de manera correcta y de acuerdo a mi mejor criterio y comprendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina acerca de cualquier cambio sobre lo datos que yo he completado.

Firma: _____ Fecha: _____