

3

5HFLELYWHGDWHQFLQP6GLFDHQODVDODGHPHUHQFLDV No

2. Si fue as , en cu l hospital? _____
 3. Fue trasladado(a) a Emergencias en ambulancia? No
 4. Si no fue trasladado(a) en ambulancia, En que fecha reci bi atenci n m dica? _____
 5. Recibi tratamiento m dico? No Si respondi S
-
- No, Si fue as , de que parte del cuerpo? _____ (Si tiene un reporte m dico por favor déjenos saber para que le podamos sacar una copia y devolverle el original)
e icieron alg n an lisis de laboratorio? No Resultados: _____
9. Instrucciones de seguimiento recibidas: _____
 - ¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
 11. **¿El médico de Emergencias le entregó reporte sobre restricciones de tareas en el trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
 12. **¿olvi usted a ser atendido nuevamente en la sala de Emergencias?** _____
 13. Fecha en la que regres a la sala deEmergencias? _____

4

5734BQBSUFEFIPTQUBMFTFNFSHFODBT

- ¿Es Liringis Chiropractic el único consultorio médico al que usted ha ido para atenderse por este accidente? Sí
2. Si la respuesta es NO, complete por favor lo siguiente:
 3. Médico: _____ Especialidad: _____ Fecha de la primera visita: _____
 4. ¿Le tomaron radiografías con Rayos-X? Si fue así, ¿de que parte del cuerpo? _____
 5. ¿Sigue todavía con tratamiento médico? Sí
 6. **¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas _____
 7. **¿El médico de Emergencias le entregó reporte de restricciones de tareas en el trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fecha _____
 8. Prueba médica especial: _____ Referido a: _____

5

R P ? ? S

1. Enumere cual uier diagn stico y o tratamiento _____

2. Enumere cual uier enfermedad inusual y a o o ocurrencia diagn stico _____

3. a sido tratado por alguna condici n de salud en el ltimo a o? _____

- a reci ido tratamiento uiopr ctico anteriormente? Si fue as , expli ue _____

- mo te sentiste antes del accidente? _____

istoria amiliar	Enfermedades en la familia? (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	DDBEGD
<input type="checkbox"/> DGH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer, Diabetes)	
DGH		
HD		
HDD		
H (s)		
Abuela (s)		

Doctor's Initials: _____
Staff Initials: _____

➤ continue on next page

1. ¿Tiene usted actualmente, o tuvo anteriormente, alguna de estas condiciones médicas, enfermedades o tratamientos?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí Desmayos/Ataques/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Sí Gota | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Sí Ciática | <input type="checkbox"/> Sí Paro o ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Sí Polio/DM | <input type="checkbox"/> Sí Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad del Colon | <input type="checkbox"/> Sí Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Sí Sangrado profuso | <input type="checkbox"/> Sí Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí Condición cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Sí Ulceras/Colitis | <input type="checkbox"/> Sí Dolor de Cuello frecuente |
| <input type="checkbox"/> Sí Anemia | <input type="checkbox"/> Sí Cirugía Cardíaca/Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí Asma | <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí Transfusión | <input type="checkbox"/> Sí SIDA | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí Estómago/Ulceras | <input type="checkbox"/> Sí Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí VIH | <input type="checkbox"/> Sí Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Sí Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Sí Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí CRS (Complejo Relacionado al SIDA) | <input type="checkbox"/> Sí Implante(s) en hueso o articulación |
| <input type="checkbox"/> Sí Ataque Cerebro Vascula | <input type="checkbox"/> Sí Artritis | <input type="checkbox"/> Sí Culebrilla (shingles) | |
| <input type="checkbox"/> Sí Ataques nerviosos | <input type="checkbox"/> Sí Abuso de Alcohol/Drogas | <input type="checkbox"/> Sí Problemas Psiquiátricos | |

2. Por favor escriba fecha y tipo de cirugía, o de otra condición médica seria, que usted haya tenido y que no figure en la lista de arriba: _____

3. Indique cualquier accidente serio que usted haya sufrido (con fechas): _____

4. Por favor indique cualquier tipo de alergia que tenga: _____

5. ¿Toma usted suplementos o vitaminas? Sí No ¿Hace usted ejercicios/deporte? Sí No _____ horas por semana

6. ¿Fuma cigarrillos? Sí No ¿Cuánto fuma? _____ ¿Desde cuándo fuma? _____

7. Solo para mujeres: ¿Toma usted anticonceptivos Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

8. ¿Está usted embarazada? Sí No Si es así, ¿cuántas semanas de embarazo/gestación tiene ahora? _____

Lista de Medicamentos	Dosis

▲ Le alentamos a que nos haga cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestros servicios. La buena atención médica y de salud se basa en una relación amena y de entendimiento mutuo entre el paciente y el proveedor de los servicios de salud.

▲ Cumplimiento de Normas HIPAA – Nuestra oficina debe operar bajo las normas legales acerca de la Privacidad del Paciente (HIPAA). La Notificación sobre HIPAA explica los deberes y prácticas de privacidad relacionadas a su información médica y de seguro médico. Al firmar este formulario usted reconoce haber leído la Notificación sobre la Privacidad del Paciente. Si usted lo solicita, le podemos proveer una copia de dicha notificación.

▲ Yo autorizo al personal profesional a llevar acabo cualquier servicio que sea necesario de acuerdo al diagnóstico y tratamiento.

▲ Yo comprendo la información previa y garantizo que he completado correctamente los datos en este formulario de acuerdo a mi mejor criterio y comprendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio acerca de la información aquí contenida.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del Staff: _____ Fecha: _____

Doctor's Initials: _____

Staff Initials: _____