



LATCH & SO CHIROPRACTIC

Caring For You Since 1959

Ref: _____

Nombre _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
 Celular (Para confirmar citas.) _____ Compañía: Verizon AT&T Sprint T-Mobile Otra _____
 Correo Electrónico (Para confirmar citas.): _____
 Num. Seg. Soc. _____ Fecha de Nac. _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____
 Masc. Fem. Soltero/a Casado/a Divorciado/a # de hijos ____ Nombre Cónyuge(o padre) _____
 Empleo _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel. de Trabajo _____ Ocupación _____

Cuál es el nombre de su médico familiar? _____ En que ciudad se localiza? _____
 Ha tenido tratamiento quiropráctico antes? ____ de ser así: Nombre del doctor: _____ Última visita: _____
 Si está experimentando algún malestar (dolor de cuello, espalda baja, etc.), o síntomas, por favor enlístelos a continuación en orden de severidad:
 1. _____ Desde hace cuánto? _____
 2. _____ Desde hace cuánto? _____
 3. _____ Desde hace cuánto? _____
 4. _____ Desde hace cuánto? _____
 Estos problemas están siendo: Peores Se mantienen igual
 Actualmente o en el pasado ha experimentado alguna molestia mientras ha estado trabajando? ____ de ser así, describa que actividades en su trabajo pueden causarle estas molestias: _____
 ¿Hay otras actividades, incidentes o sucesos fuera del trabajo que puedan haber causado estas molestias? ____ De ser así, explique: _____
 ¿Alguna vez en el pasado a sufrido de una lesión? ____ ¿Cuál es la fecha de la lesión? _____
 ¿Tiene un abogado representandolo/a para esta lesión? __ Sí __ No De ser así, ¿quién es su abogado? _____
 ¿Ha participado en algún accidente automotriz in los últimos 12 meses? __ Sí __ No De ser así, ¿cuando? _____
 ¿Tiene un abogado representandolo/a para esta lesión? __ Sí __ No De ser así, ¿quién es su abogado? _____
 ¿Cuántos pasajeros estaban en el carro con usted? _____
 Otros médicos consultados por estas afecciones: 1. _____ 2. _____
 Si se debe esto a un accidente automotriz, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? _____

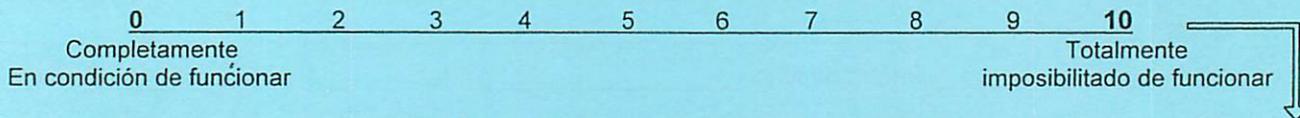
¿Ha tenido alguna vez operaciones u hospitalizaciones? ____ De ser así, señale cuáles: _____
 Indique toda lesión o enfermedad que haya tenido y no aparezca arriba: _____
 Indique los medicamentos con y sin receta que esté tomando actualmente: Aspirina/Tylenol Analgésicos Insulina
 Relajantes musculares Tranquilizantes Píldoras anticonceptivas Otros _____

Nombre de su compañía de Seguro _____ Titular de la póliza _____
 Dirección para reclamaciones _____ Núm. de póliza _____
 Seguro médico del cónyuge (en caso aplicable) _____ Titular de la póliza _____
 Dirección para reclamaciones _____ Núm. de póliza _____

Esta escala de calificación está diseñada para medir el grado en que se ven afectados distintos aspectos de su vida actualmente debido a su afección (dolor y/o síntomas que pueda tener). En otras palabras, quisiéramos saber en qué grado su afección (dolor y/o síntomas que pueda tener) le impide hacer lo que haría normalmente, o hacerlo igualmente bien que antes. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, y no solo cuando es peor el dolor.

En cada una de las seis categorías de vida diaria mencionadas a continuación, **INDIQUE EL NÚMERO QUE DESCRIBE MEJOR SU NIVEL TÍPICO DE ACTIVIDAD.**

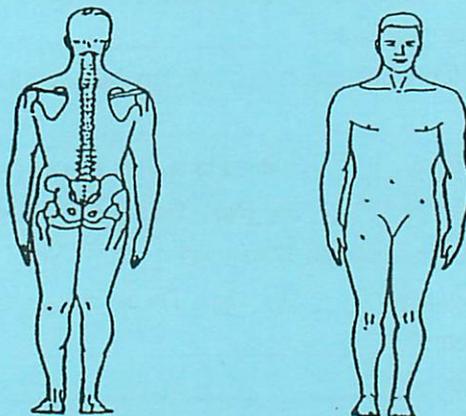
0 significa que no tiene ninguna discapacidad, y un puntaje de **10** significa que todas las actividades en que normalmente participa se han visto totalmente interrumpidas o impedidas por su afección (dolor y/o síntomas que pueda tener).



1. **RESPONSABILIDADES FAMILIARES U HOGAREÑAS:** actividades relacionadas con la casa o la familia (Mantener el jardín, lavar platos, hacer diligencias, llevar a los niños a la escuela, etc.) _____
2. **RECREACION:** pasatiempos, deportes y otras actividades similares de tiempo libre. _____
2. **ACTIVIDADES SOCIALES:** actividades que implican participar con amigos y conocidos aparte de los familiares, Como fiestas, teatro, conciertos, comer afuera y otras funciones sociales. _____
3. **OCUPACION:** actividades que forman parte o se relacionan directamente con el trabajo de uno, incluyendo también trabajos no remunerados, como el de ama de casa o el trabajo voluntario. _____
5. **CUIDADO PERSONAL:** actividades que se refieren al mantenimiento personal y la vida diaria independiente (darse una ducha, conducir, vestirse, etc.) _____
6. **ACTIVIDADES DE SOSTENIMIENTO:** comportamiento básico de sostenimiento como comer, dormir y respirar. _____

Si está experimentando algún problema de salud, marque la ubicación exacta del dolor en el diagrama a continuación. Describa también el tipo y la frecuencia del dolor. Por ejemplo: un dolor sordo, agudo, constante, intermitente, al estar de pie, al estar sentado, caminando etc.

COMPLETE ESTOS DIAGRAMAS



Método de pago de los cargos de hoy: EFECTIVO CHEQUE TARJETA DE CRÉDITO OTRO _____

AVISO: NO TODOS LOS PACIENTES NECESITAN RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR EL TIPO Y LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN. SI SU EXAMEN JUSTIFICA UN ANÁLISIS RADIOLÓGICO, PREVALECE LA SIGUIENTE NORMA DEL CONSULTORIO:

1. Todos los cargos de la primera visita deben pagarse al prestar los servicios.
2. El cargo pagado por las radiografías solamente cubre el análisis. La Ley Estatal de California exige que conservemos sus radiografías. Las radiografías misma es propiedad de este consultorio. Las radiografías pueden prestarse a otro centro solamente con autorización.

Firma del paciente _____ Fecha _____