

INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL

Permita que nuestro personal fotocopie su licencia de conducir y su(s) tarjeta(s) de seguro. Todo la información que usted proporciona es confidencial. Cumplimos con todas las normas federales de privacidad estándares. Por favor imprime claramente.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Liberty Park Chiropractic

Jason Hutchison, DC

John Krim, DC

1512 NE 96th St, Ste A
Liberty, MO 64068
P: 816-407-7200

¿Cuáles son las 3 quejas principales por las que lo atienden hoy? (Top 3 Complaints)

1)	2)	3)
----	----	----

Describe la aparición de los síntomas y la fecha de aparición, si se conoce, de cada afección: (Describe and Date of Onset)

1) Fecha:	2) Fecha:	3) Fecha:
--------------	--------------	--------------

¿Ha experimentado estos síntomas antes? (Experienced before? Never, On & Off, For Years)

1) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Encendido y apagado <input type="checkbox"/> Durante años	2) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Encendido y apagado <input type="checkbox"/> Durante años	3) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Encendido y apagado <input type="checkbox"/> Durante años
--	--	--

¿Cómo cree que sus síntomas cambian con el tiempo? (How symptoms are changing with time. Improving, Worse, No change)

1) <input type="checkbox"/> Mejorando <input type="checkbox"/> Empeorando <input type="checkbox"/> Sin cambios	2) <input type="checkbox"/> Mejorando <input type="checkbox"/> Empeorando <input type="checkbox"/> Sin cambios	3) <input type="checkbox"/> Mejorando <input type="checkbox"/> Empeorando <input type="checkbox"/> Sin cambios
--	--	--

¿Cuáles son las cualidades de estos síntomas? (Qualities of Symptoms) Achy, Burning, Dull, Sharp, Stiff, Throbbing, Tight, Sore, Other:)

1) <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Aburrido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Apretado <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro: _____	2) <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Aburrido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Apretado <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro: _____	3) <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Aburrido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Apretado <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	--

En una escala del 1 al 10 (0 = sin dolor, 10 = dolor más intenso), ¿cómo calificaría la intensidad de su dolor hoy? (Pain scale)

1) 1-10: _____	2) 1-10: _____	3) 1-10: _____
----------------	----------------	----------------

¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? (How often experience symptoms)

1) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Constante	2) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Constante	3) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Constante
--	--	--

¿A qué hora del día se sienten mejor sus síntomas? (Time of the day feels better)

1) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Ninguno	2) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Ninguno	3) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Ninguno
--	--	--

Qué agrava sus síntomas: (Aggravates symptoms)

1)	2)	3)
----	----	----

Qué alivia tus síntomas: (Alleviates symptoms)

1)	2)	3)
----	----	----

¿Ha consultado a otro proveedor para esta afección? (Si es así, proporcione su nombre y cuándo): (Other Provider seen and when)

1) _____ _____	2) _____ _____	3) _____ _____
-------------------	-------------------	-------------------

Iniciales del Dr.: _____

Responda las siguientes 3 secciones solo si se aplican a las afecciones para las que busca tratamiento:

Dolor de espalda baja (LOWER BACK PAIN)

¿El dolor se irradia hacia las piernas? Sí No (Into LEGS)

En caso afirmativo, describa: _____

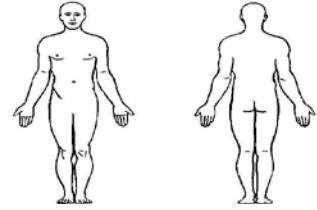
¿El dolor se irradia hacia su abdomen? Sí No (Into Abdomen)

¿Tiene algún deterioro de la función intestinal o urinaria? Sí No

¿Tiene entumecimiento u hormigueo en las piernas? Sí No (numb/tingle)

En caso afirmativo, describa: _____

Por favor marque en los cuerpos donde está teniendo dolor/síntomas:



Dolor de cuello/espalda superior (Neck/Upper Back Pain)

Si tienes una lesión en el cuello, ¿te afecta?: (marque todo lo que corresponda) Oída Visión Equilibrio Causa zumbidos en los oídos

¿Escuchas sonidos chirriantes? Sí No

¿Sientes presión o dolor detrás de tus ojos? Sí No

¿El dolor se irradia hacia su(s) brazo(s)? Sí No Dónde: _____ ¿Tiene

dificultad para girar la cabeza? Sí No Si es así en que dirección? Derecha Izquierda Arriba Abajo

dolores de cabeza (Headaches)

¿Tienes dolor de cabeza? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ____ por día/semana/mes

Ubicación del dolor de cabeza: _____ ¿Los medicamentos ayudan con sus dolores de cabeza? Sí No

¿Experimenta lo siguiente con su dolor de cabeza? Dolor o crujido en la mandíbula- Sí No

Presión arterial anormal- Sí No Náuseas, vómitos o alteraciones visuales- Sí No

¿Cuándo fue su último examen de la vista realizado por un médico? _____ Resultados del examen: _____

Si eres mujer ¿estás embarazada?? Sí No No estoy seguro Fecha del último período menstrual: _____

Indique los medicamentos/vitaminas/suplementos actuales y la frecuencia y dosis, si los conoce.

Ninguno actualmente

1) _____	Fecha de inicio: _____	Frecuencia: _____	Dosis: _____
2) _____	Fecha de inicio: _____	Frecuencia: _____	Dosis: _____
3) _____	Fecha de inicio: _____	Frecuencia: _____	Dosis: _____
4) _____	Fecha de inicio: _____	Frecuencia: _____	Dosis: _____
5) _____	Fecha de inicio: _____	Frecuencia: _____	Dosis: _____

Enumere cualquier alergia conocida que haya tenido a algún medicamento: No se conocen alergias

Medicación: _____

Síntomas asociados: _____

Medicación: _____

Síntomas asociados: _____

Medicación: _____

Síntomas asociados: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía u hospitalización? Sí No En caso afirmativo, indique:

Tipo de cirugía/hospitalización: _____

Fecha: _____

Tipo de cirugía/hospitalización: _____

Fecha: _____

¿Le han hecho radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas en los últimos 12 a 18 meses? Sí No Cuándo/Dónde _____

¿Has visto a un quiropráctico antes? Sí No Quién/Cuándo _____

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No Quién _____

¿Alguna vez has tenido un Lesión por vehículo motorizado Lesión deportiva Lesión laboral Lesión por resbalón/caída En caso afirmativo, explique: _____

Nombre del paciente: _____

Iniciales del médico: _____

¿Algún médico le ha diagnosticado hipertensión actualmente? Sí No En caso afirmativo, quién y cuándo: _____

¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes actualmente? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Tipo 1 Tipo 2

En caso afirmativo, su prueba de laboratorio de sangre fue de hemoglobina A1c >9.0%. Sí No

Marque todas las quejas adicionales que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

Había que		Había que		Había que		Había que		Había que						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pie/tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de codo/muñeca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postura pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alfileres y agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidades alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zumbido en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas del oído
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos inmunológicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Energía baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esterilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síntomas del síndrome premenstrual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo líbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso repentino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso repentina

¿Tiene alguna enfermedad o problema médico que no figura en la lista? Sí No En caso afirmativo, indique: _____

Antecedentes familiares (algunos problemas son hereditarios, cuéntenos sobre la salud de sus familiares inmediatos):

Relativo:	Edad (si vive):	Estado de salud:	Enfermedades:	Edad al morir:	Causa de la muerte:
Madre		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
Padre		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
hermana 1		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
hermana 2		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
hermano 1		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
hermano 2		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad
Otro		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Enfermedad

Historia Social (Por favor cuéntenos sobre sus hábitos de salud):

Seleccione todo lo siguiente que corresponda para completar esta declaración:

Yo fumo _____ Nunca Fumador diario actual Fumador actual a veces Exfumador No responder

Si es fumador actual, ¿cuál es su nivel de interés en dejar de fumar? No interesado Algo interesado Muy interesado

Consumo de alcohol: Ninguno Bebedor ocasional Bebedor moderado Bebedor empedernido Negarse a responder

Consumo de cafeína: Ninguno <3 tragos al día 3-6 tragos al día > 6 tragos al día Negarse a responder

El consumo de drogas: Ninguno Recreativo Adicción Negarse a responder

Ejercicio: Nunca Diario Semanal Negarse a responder

¿Hay alguna información adicional que le gustaría que el médico supiera antes de comenzar la atención? _____

Notas SÓLO para médicos:

HT: _____

PESO: _____

PA: _____ P: _____ : Se recomienda seguimiento con el PCP No se necesita seguimiento Ya está bajo cuidado de PCP

Nombre del paciente: _____

Iniciales del médico: _____

Información personal

Fecha: _____ ¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Nombre del paciente: _____ (Nombre de pila) _____ (MI) _____ (Apellido) _____ (sufijo) _____ (Apodo)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Número de SS: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado legalmente Viudo En pareja Nombre del cónyuge: _____

Carrera: Blanco Negro Asiático Indio americano Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Otro _____

Etnia: Hispano o latino No hispano ni latino Multirracial: Sí No Desconocido

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Información del contacto

Dirección postal residencial: _____ Código postal: _____

Correos electrónicos:(H): _____ (M): _____

Los teléfonos:(H): _____ (C): _____ (W): _____

Método de contacto preferido: Correo electrónico de casa Correo electrónico de trabajo Dirección de casa Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono de trabajo

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ P: _____

Información ocupacional

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Estudiante Ama de casa Desempleado Jubilado

Ocupación: _____ Empleador: _____

Requisitos laborales: Sentarse Pararse Agacharse Levantar Cargar Viajar Otro: _____

Información del seguro

¿Esta condición se debe a un accidente? Sí No Fecha del accidente: _____ Tipo: Auto Trabajo Hogar Otro

Compañía de seguros principal: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Quién es financieramente responsable de esta cuenta: Uno mismo Padre Otro: _____

Al firmar a continuación, declaro que, en la medida de mis posibilidades, la información que he proporcionado es completa y veraz. No he tergiversado la presencia, gravedad o causa de mi problema de salud.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Autorización y Asignación

Yo autorizo **Liberty Park Chiropractic, LLC** revelar cualquier información que considere apropiada sobre mi condición física a cualquier compañía de seguros, abogado o ajustador para procesar cualquier reclamo de reembolso de los cargos incurridos por mí. Autorizo el pago directo a usted de cualquier suma que le deba ahora o en el futuro mi abogado con cargo a las ganancias de cualquier acuerdo de mi caso, y por cualquier compañía de seguros obligada a realizarme el pago a usted o a mí en base total o parcial a los cargos realizados por sus servicios. Entiendo que cualquier monto que usted no cobre de los ingresos del seguro (ya sea todo o parte de lo adeudado) se lo debo personalmente. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información de salud protegida y está disponible mediante solicitud de revisión. Tiene el derecho legal de revisar nuestros Avisos de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le recomendamos que lo lea en su totalidad. Yo, el abajo firmante, por la presente nombro a Liberty Park Chiropractic la autoridad necesaria para endosar y cobrar mis cheques, giros o giros postales pagaderos al abajo firmante o como copago de esta clínica cuando dichos pagos se deben a servicios prestados en nombre del abajo firmante. por esta clínica.

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo y acepto claramente que todos los servicios que me presten se me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o termino mi atención y tratamiento, todos los honorarios por los servicios profesionales que me presten serán exigibles y pagaderos de inmediato. Seré responsable de cualquier costo de cobro, honorarios de abogados o costos judiciales necesarios para cobrar mi factura.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento informado

Por la presente autorizo al médico y al personal de **Liberty Park Chiropractic, LLC** para tratar mi condición como se considere apropiado. el medico no será responsable de ninguna condición preexistente diagnosticada médicamente. Certifico que la información proporcionada en esta documentación es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi médico ni a ningún miembro del personal de **Liberty Park Chiropractic, LLC** responsable de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. La quiropráctica, así como otros tipos de atención médica, se asocia con riesgos potenciales en la prestación del tratamiento. Por lo tanto, es necesario informar al paciente de dichos riesgos antes de iniciar la atención. Si bien el tratamiento quiropráctico es notablemente seguro, usted debe estar informado sobre los riesgos potenciales relacionados con su atención para poder estar completamente informado antes de dar su consentimiento al tratamiento. La quiropráctica es un sistema de prestación de atención médica y, por lo tanto, como ocurre con cualquier sistema de prestación de atención médica, no podemos prometer una cura para ningún síntoma, afección o enfermedad como resultado del tratamiento en esta oficina. Nuestro objetivo es intentar brindarle la mejor atención y, si los resultados no son aceptables, lo derivaremos a otro proveedor que creemos que puede ayudarlo aún más.

Posibilidades de riesgos específicos asociados con la atención quiropráctica: Dolor: ajustes quiroprácticos y procedimientos de fisioterapia a veces van acompañados de dolor posterior al tratamiento. Esta es una respuesta normal y aceptable que acompaña a la atención quiropráctica y la fisioterapia. Si bien generalmente no es peligroso, informe a su médico si siente dolor o malestar. Lesión de tejidos blandos: ocasionalmente, el tratamiento quiropráctico puede agravar una lesión de disco o causar otras lesiones menores de ligamentos, tendones o tejidos blandos de las articulaciones. Lesión en las costillas: los ajustes manuales de la columna torácica, en casos raros, pueden causar lesiones o fracturas en las costillas. Se toman precauciones como radiografías de preajuste para los casos considerados de riesgo. El tratamiento se realiza con cuidado para minimizar dicho riesgo. Accidente cerebrovascular-El accidente cerebrovascular es la complicación más grave del tratamiento quiropráctico. Los estudios más recientes estiman que la incidencia de este tipo de ictus es de 1 de cada 5 millones de ajustes cervicales superiores. Si tiene alguna pregunta sobre las declaraciones anteriores, consulte a su médico.

(Marque uno a continuación; si tiene preguntas, nuestro médico estará encantado de responderlas antes de administrar cualquier tratamiento)

_____ Antes de dar mi consentimiento para recibir atención, tengo preguntas sobre los riesgos asociados con el tratamiento quiropráctico.

_____ Coloque sus iniciales y firme a continuación si las preguntas están completamente respondidas.

_____ Habiendo leído detenidamente lo anterior, no tengo preguntas y doy mi consentimiento informado para que me administren un tratamiento quiropráctico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____