

Flamingo Neck & Back

Formulario de admisión
3585 E. Flamingo Road Ste 202
Las Vegas NV 89121

(Favor de escribir o un círculo donde se indica)

La fecha de hoy: _____

¿Son sus quejas **actual** relacionadas a un accidente de vehículo o una lesión relacionada con el trabajo? S N

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre : _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: F / M

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Número postal: _____

Teléfono de casa: () ____ - ____ Celular: () ____ - ____ Teléfono del Trabajo: () ____ - ____

Indique el mejor número para localizarlo: Casa Celular Trabajo

¿Dirección de correo electrónico: _____ nos podemos contacto por correo electrónico? S N

Ocupación: _____ Patrón: _____

¿Trabajas: tiempo completo tiempo parcial retirado N/A ?

Estado civil: C S V D, nombre del cónyuge: _____

¿Ha tenido tratamiento de quiropráctico? No Sí En que año del último tratamiento: _____

Información de seguro

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre Segundo: _____

Política o Seguridad Social #: _____ Grupo #: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ su relación con el asegurado: cónyuge dependiente otro

Información de referencia

¿A quien podemos agradecerle por la referencia a nuestra oficina?

Nombre: Sr./Sra./Dr. _____

Historia de la familia

Historia	Espalda	Corazón	Infarto	Cáncer	Diabetes	Presión alta	Artritis	Colesterol alto	Osteoporosis	Tiroides
Madre										
Padre										
# de hermanas _____										
# de hermanos _____										
# de niños _____										

Historia social

Altura: _____ peso: _____

¿Te?	Diaria	3x/semana	2x/semana	1x/semana	2x/mes	1x/mes	Nunca
Utilizo tabaco							
Ejercicio							
Trabajo en equipo							
Sentarse en un escritorio							
Trabajar en un teléfono							
Bebidas alcohólicas							
Trabajo pesado							
Quedarse en casa							
Entregar paquetes							

Historia clínica

Enfermedad grave: Por favor, marque cualquier condición que has recibido examen o tratamiento.

Adicción a las drogas/alcohol	Anemia	Arritmia	Artritis
Asma	Dolores de espalda	Trastorno de sangrado	Coágulos de sangre
Transfusiones de sangre	Visión borrosa	Problemas intestinales	Huesos rotos
Cáncer	Síndrome del túnel carpiano	Cataratas	Varisela
Colitis	Colágeno vascular	Estreñimiento	Depresión/ansiedad
Diabetes	Trastornos digestivos	Mareo	Trastorno alimentario
Enfisema	Epilepsia	Fatiga	Desafíos de salud femenina
Enfermedad de la vesícula biliar	Herpes genital	Glaucoma	Intolerancia al gluten
Gout	Dolores de cabeza	Pérdida de la audición	Enfermedades del corazón/ataques
Soplo cardíaco	Hemorroides	Hepatitis	Presión alta
Colesterol alto	VIH/SIDA	Dolor de la articulación y la espalda	Infecciones renales
Cálculos renales	Problemas hepáticas	Enfermedad pulmonar	Cólicos menstruales
Trastorno mental	Migrañas	Dolor de cuello	Nerviosismo
Sudores nocturnos	Osteoporosis	Parálisis	Neumonía
Poliomielitis	Problemas de próstata	Reflujo/úlceras	Fiebre reumática
Convulsiones/epilepsia	Disfunción sexual	Enfermedad de células falciformes	Problemas de seno
Estrés/tensión	Trazo	Pensamientos suicidios	Enfermedad de la tiroides
Tuberculosis	Tumores	Decoloración de la orina	Vértigo

Historia quirúrgica Por favor no excluir ninguna

Nombre de la cirugía	Fecha realizada (año)

Quejas actuales

Por favor utilice las siguientes secciones para describir cada queja por separado.

¿Cuál es su primera queja? _____ IZQUIERDA DERECHA AMBOS N/A

¿El problema empezó POCO A POCO DE REPENTE CON EL TIEMPO?

¿Es el problema LEVE MODERADA SEVERO?

Elija una forma de describir su dolor: DOLOR QUEMASON CALAMBRES ENTUMECIDO
PELLIZCANDO GOLPETEO IRRADIANDO PULSANTE DOLOR PUNZANTE RÍGIDO
ESCOZOR PALPITANTE APRETADO HORMIGUEO

Evalúe hoy su dolor en una escala de 1 a 10 (0 = ningún dolor y 10 = dolor lacerante)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha cuando síntoma primero apareció, si se conocen: _____

Frecuencia: CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE OCASIONAL

¿Qué causó la queja? _____

¿Qué hace el problema mejorar? _____ peorar? _____

El problema es peor durante: LA MAÑANA EL MEDIO DÍA LA TARDE NOCHE

¿Experimenta entumecimiento u hormigueo? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Irradia el dolor? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Cuál es su segunda queja? _____ IZQUIERDA DERECHA AMBOS N/A

¿El problema empezó POCO A POCO DE REPENTE CON EL TIEMPO?

¿Es el problema LEVE MODERADA SEVERO?

Elija una forma de describir su dolor: DOLOR QUEMASON CALAMBRES ENTUMECIDO
PELLIZCANDO GOLPETEO IRRADIANDO PULSANTE DOLOR PUNZANTE RÍGIDO
ESCOZOR PALPITANTE APRETADO HORMIGUEO

Evalúe hoy su dolor en una escala de 1 a 10 (0 = ningún dolor y 10 = dolor lacerante)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha cuando síntoma primero apareció, si se conocen: _____

Frecuencia: CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE OCASIONAL

¿Qué causó la queja? _____

¿Qué hace el problema mejorar? _____ peorar? _____

El problema es peor durante: LA MAÑANA EL MEDIO DÍA LA TARDE NOCHE

¿Experimenta entumecimiento u hormigueo? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Irradia el dolor? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Cuál es su tercera queja? _____ IZQUIERDA DERECHA AMBOS N/A

¿El problema empezó POCO A POCO DE REPENTE CON EL TIEMPO?

¿Es el problema LEVE MODERADA SEVERO?

Elija una forma de describir su dolor: DOLOR QUEMASON CALAMBRES ENTUMECIDO
PELLIZCANDO GOLPETEO IRRADIANDO PULSANTE DOLOR PUNZANTE RÍGIDO
ESCOZOR PALPITANTE APRETADO HORMIGUEO

Evalúe hoy su dolor en una escala de 1 a 10 (0 = ningún dolor y 10 = dolor lacerante)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha cuando síntoma primero apareció, si se conocen: _____

Frecuencia: CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE OCASIONAL

¿Qué causó la queja? _____

¿Qué hace el problema mejorar? _____ peorar? _____

El problema es peor durante: LA MAÑANA EL MEDIO DÍA LA TARDE NOCHE

¿Experimenta entumecimiento u hormigueo? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Irradia el dolor? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Qué es la cuarta queja? _____ IZQUIERDA DERECHA AMBOS N/A

¿El problema empezó POCO A POCO DE REPENTE CON EL TIEMPO?

¿Es el problema LEVE MODERADA SEVERO?

Elija una forma de describir su dolor: DOLOR QUEMASON CALAMBRES ENTUMECIDO
PELLIZCANDO GOLPETEO IRRADIANDO PULSANTE DOLOR PUNZANTE RÍGIDO
ESCOZOR PALPITANTE APRETADO HORMIGUEO

Evalúe hoy su dolor en una escala de 1 a 10 (0 = ningún dolor y 10 = dolor lacerante)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha cuando síntoma primero apareció, si se conocen: _____

Frecuencia: CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE OCASIONAL

¿Qué causó la queja? _____

¿Qué hace el problema mejorar? _____ peorar? _____

El problema es peor durante: LA MAÑANA EL MEDIO DÍA LA TARDE NOCHE

¿Experimenta entumecimiento u hormigueo? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

¿Irradia el dolor? SÍ NO Si sí, ¿dónde? _____

FLAMINGO CHIROPRACTIC
R. CHRISTOPHER BUNKER, D.C.
3585 EAST FLAMINGO ROAD SUITE 202
LAS VEGAS NEVADA 89121
TELÉFONO (702) 435-8900
FAX (702) DE 435 5035

Mantenimiento de registros de atención de la salud

Según NRS 629.051 de la ley de Nevada, proveedores de atención médica deben conservar los registros sanitarios de todos los pacientes como parte de su o ella regularmente mantenidos durante 5 años. Si un paciente no ha recibido tratamiento después de 5 años los registros pueden ser destruidos. Los registros de un paciente de menos de 23 años de edad no deben ser destruidos hasta que se haya alcanzado una edad.

Yo, _____, leído y entiendo la política de Flamingo Chiropractic con respecto a la retención y destrucción de los registros de mis salud.

Firma del paciente/tutor

fecha

Se mantendrá una copia firmada de esta política como parte de sus registros médicos; Usted recibirá el original.