Instrucciones para el paciente:
Por favor, complete este formulario y luego regréselo a la recepcionista.

DATOS DE ENTRADA DEL PACIENTE

POR FAVOR IMPRENTE Fecha de Hoy____/_____/_____

Nombre Legal: (Apellido) _____ (Primer)_____Apodo_____(Segundo)_____

Título preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Apt. #:_____

Código Postal: _____Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono : Domicilio / Móvil : (_____)_____Trabajo: (_____)_____
Dirección de Correo Electrónico _____

Información de Referencia

¿Cómo se entero del Centro de Salud de Sherman College?

- ❑ Anuncio ❑ Interno de Sherman College_____
- ❑ Vive Cerca ❑ Estudiante de Sherman College_____
- ❑ Proyección Espinal ❑ Empleado de Sherman College_____
- ❑ Hoja Informativa ❑ Corriente/ Ex Paciente del Centro de Salud _____

Estatus Marital: ❑ S ❑ C ❑ V ❑ D Numero de Hijos: _____

Persona de contacto en caso de emergencia.
Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____)

Estatura: _____ ft. _____ in. Peso: _____ lbs. Idioma Nativo: _____

Mano dominante: ❑ Derecha ❑ Izquierda ❑ Ambidextro
Raza: ❑ Blanco ❑ Afro-Americano ❑ Hispano ❑ Asiano ❑ Otro _____

Ultimo Nivel Completado: ❑ Pre-escolar ❑ Elementaría ❑Bachillerato ❑ Escuela Secundaria
❑ Universidad ❑ Post-graduado ❑ Escuela Profesional / Comercio

Historial de Trabajo: (trabajo actual o más reciente primero, incluya trabajo no pagado, ama/o de casa)

Tipo de trabajo/posición # Años Actividades de Trabajo Estrés relacionado con trabajo

_____

_____

_____

Empleador actual y Dirección:

Nombre: _____

Dirección: _____

Actividades de tiempo libre; Deportes, otras actividades físicas, y Aficiones:

Tipo de actividad Frecuencia

_____

_____

_____

Horas que duerme por noche: _____ Calidad de sueño: ❑ Bueno ❑ Justo ❑ Malo

Ultimo Quiropráctico que visito: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____Ciudad: _____ Estado: _____

Rayos-X de columna vertebral tomados: Si No Fecha: ___/____/_____ Razón por vista:_____

Último doctor médico visto (u otro proveedor de atención médica):_____
Teléfono:_____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____
Fecha de última visita: _____/____/_____ Razón por visita:_____

¿Cuál es la razón por la que busca cuidado? _____

¿Es este su mayor problema de salud? Sí No
¿Si no, cuál es?_____

¿Cuándo comenzó? _____/_____/_____ Comenzó: ❑ De repente ❑ Gradualmente (por favor indique la condición)

Duración de problema / episodio: ❑ _____Minuto(s) ❑ _____Hora(s) ❑ _____Día(s) ❑ _____Semana(s)
❑ _____Mes(es) ❑ _____ Año(s)

¿Esta condición interfiere con su ❑ Trabajo ❑ Sueño ❑ Actividades Diarias

¿Qué cree que trajo su condición? _____

¿Qué lo hace sentir peor? _____

¿Qué lo hace sentir mejor? _____

Otros proveedores de salud que ha visto por su condición:

Fecha	Condición	Nombre y tipo (MD, DO, DC, etc.)	Resultados

¿Cualquier otro proveedor de atención médica le aconsejo restringir actividades? ❑ Sí ❑ No

Sí, explique: _____

Describa su Condición:

❑ Constante ❑ Intensa ❑ Migraña ❑Dolor ❑ Localizado
❑ Va y viene ❑ Leve ❑ Entumecido ❑ Débil ❑ Radia
❑ Crónica ❑ Persistente ❑ Quemazón ❑ Penetrante
❑ Severa ❑ Calambres ❑ Difusa ❑ Otro _____

Se le Dificulta:

❑ Sentarse ❑ Pararse ❑ Agachándose ❑ Caminar ❑ Levantando
❑ Extenderse ❑ Voltearse ❑ Conducir ❑ Leer ❑ Hacer ejercicio/Deportes

¿Está relacionado con un accidente de trabajo o auto? ❑ Sí ❑ No
¿Está en litigio por alguno de los accidentes? (Auto, Compensación al trabajador, etc.) ❑ Sí ❑ No
¿Es estudiante en Sherman College? ❑ Sí ❑ No
¿Es pariente de algún estudiante en Sherman College? ❑ Sí ❑ No

Si sí: Relación: _____

Pacientes Femeninos: ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? ❑ Sí ❑ No

Consentimiento para Cuidado Quiropráctico

El cuidado quiropráctico se basa en evidencia clínica de subluxaciones vertebrales y no la presencia o ausencia de dolor, la amplitud anormal de movimiento, o curvas de la columna anormales. Mediante el uso especifico de análisis y ajustes de la columna, el objetivo de la quiropráctica es la corrección de subluxaciones vertebrales. Las radiografías tomadas son con el propósito de determinar un análisis de rayos x y para ayudar a determinar si hay cualquier contraindicación a la atención quiropráctica.

- Entiendo que mi historial y / o radiografías son propiedad de Sherman College y serán utilizados para propósitos de enseñanza y de investigación, y si en algún momento puedo solicitar una copia de mi expediente y / o radiografías habrá un cargo adicional para copiarlos.
- Autorizo Sherman College y sus agentes para administrar la atención, según sea necesario, según lo indicado por los hallazgos del examen
- Autorizo Sherman College para dar información a cualquier otro proveedor de atención de salud que estoy viendo y / o compañía de seguros.
- Entiendo que si estoy en litigios de ningún accidente mi liquidación puede ser puesta en peligro por el hecho de que un estudiante está dándome mi cuidado quiropráctico.
- Un padre DEBE acompañar a su hijo/a menor de edad en las cuatro primeras visitas al Centro de Salud y de haber autorizado la supervisión para todas las otras visitas.

Yo he revisado y certifico que toda la información que he reportado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y que he leído y entiendo el Procedimiento de Conocimiento para la atención quiropráctica explicada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____/_____/____
(Firma de padre o guardián legal si el paciente es menor de edad)

Relación del paciente: _____

Witnessed by: _____ Date: _____/_____/_____

Intern Name: _____ Number: _____

Faculty DC: _____ Signature: _____ Date: _____/_____/_____

Office Use: Patient Type: ❑OP ❑PB ❑E ❑EF ❑SS ❑SF ❑R ❑Other _____
Patient Number: _____ **Date Entered:** _____/_____/_____ **By** _____