

**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 aconsejó restringir actividades? Sí No

Sí, explique: _____

Describe su Condición:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Constante | <input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Localizado |
| <input type="checkbox"/> Va y viene | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Entumecido | <input type="checkbox"/> Débil | <input type="checkbox"/> Radia |
| <input type="checkbox"/> Crónica | <input type="checkbox"/> Persistente | <input type="checkbox"/> Quemazón | <input type="checkbox"/> Penetrante | |
| <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Difusa | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Se le Dificulta:

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Pararse | <input type="checkbox"/> Agachándose | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Levantando |
| <input type="checkbox"/> Extenderse | <input type="checkbox"/> Voltearse | <input type="checkbox"/> Conducir | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> 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 específico 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 _____