

**INFORMACION DE SALUD
CONFIDENCIAL**

Columbia Pike Chiropractic
Dr. Jaime A. Chica D.C

Fecha de Hoy: _____

Chart Number: _____

Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: () _____ - _____ Numero de Seguro Social: _____

Teléfono de Celular: () _____ - _____ Genero: Masculino Femenino

Teléfono Adicional: () _____ - _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Correo Electrónico: _____ Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Cónyuge: _____ Edad de su(s) hijo(s): _____

Quien lo Refirió? Letrero del Edificio Paginas Amarillas Medico Primario Seguro Abogado Internet
 Familia/Amigo _____

Empleador

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Trabajo: () _____ - _____ Numero de Fax: () _____ - _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: () _____ - _____

Modo de Pago? Yo Pagar Seguro Medico Medicare
 Seguro de Auto Worker's Comp Otro: _____

Nombre del Seguro: _____

Quien es el portador encargado de la póliza?

Health ID Card No: _____

Si mismo Cónyuge Padres

Group No: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medico Primario: _____

Tel del Medico Primario: () _____ - _____

Accidente de Auto (Información del Seguro de Auto)

Fecha del Accidente: _____ Donde Ocurrió el Accidente? _____

Donde estabas en el Auto: Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero

Nombre de Su Seguro: _____ Numero de Reclamo _____

Nombre de Seguro del Otro Carro: _____ Numero de Reclamo _____

Tiene Abogado? Si No Nombre de Abogado: _____

La información que presento es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al Dr. Jaime Chica. Entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance. También autorizo a Columbia Pike Chiropractic o la Compañía de seguros a facilitar cualquier información requerida para procesar mis cuentas.

X _____
Firma del Paciente/Guardian

Fecha

CLINICAL HISTORY

Name/Nombre: _____ Age/Edad _____

Sex: F M

D.O.A. / Fecha del Accidente: _____

Dominant Hand / Mano Dominante R L Both / Ambas

1. Description of Accident / Injury / Onset / Chief Complaints

Descripción del accidente / Lesión / Aparición de los síntomas / Queja principal

Entre la descripción completa del accidente, el trauma o como aparecieron los síntomas en el espacio de abajo

2. Current Problem (For your Dr. only / Para llenar por el medico solamente)

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR

Mark with an X if anybody on your family (parents, relatives) suffer of any of the following illness:

Marque con una X si alguno de sus familiares (padres, hermanos, tíos, etc.) sufre o sufrió de:

Cancer <input type="checkbox"/>	Epilepsy <input type="checkbox"/>	Arthritis <input type="checkbox"/>	Kidney disease (Enfermedad del riñón) <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/>	Dementia <input type="checkbox"/>	Hemophilia <input type="checkbox"/>	High Blood Pressure (Presión Alta) <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Gout (Gota) <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Heart Disease (Enfermedad del Corazón) <input type="checkbox"/>

PERSONAL HISTORY / HISTORIA PERSONAL

Surgeries / Cirugías (Describe) _____

Hospitalization / Hospitalización (Describe) _____

Medications that you are currently taking / Medicamentos que está tomando actualmente _____

Auto Accident / Accidente de Carro Yes No When? / ¿Cuándo? _____

Allergies / Alergias Yes No Smoke? / ¿Fuma? Yes No Occasionally Frequently

Drink alcoholic beverages? / Toma alcohol? Yes No Occasionally Frequently

GENERAL

Mark the most appropriate / Marque el mas apropiado

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
Headaches / Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work Injury / Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding Disorders / Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veneral disease / Enfermedad venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatric problems / Problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating disorders / Problemas de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid Disease / Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug dependency / Dependencia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression / Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness / Mareos o vertigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gout / Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EENT / ORL

	Past	Present		Past	Present		Past	Present
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visual impairment / No ve bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear Infection / otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinnitus / Ruidos en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjunctivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of Hearing / Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persistent Cough / Tos Continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoarseness / Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

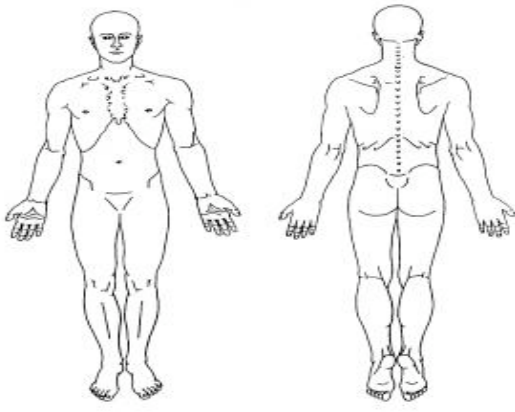
	Past	Present
CARDIOVASCULAR - RESPIRATORY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure / Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pain / Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke / Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease / Enf. Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever / Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur / Soplo Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankle Swelling / Hinchazón de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty breathing, walking, sleeping / Dificultad en respirar, caminar, dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic Cough / Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitting Phlegm / Tos con flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitting blood / Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia / Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis / Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Past	Present
GASTROINTESTINAL - G / U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver Disease / Enfermedad Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcer / Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of Appetite / Perdida de Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flatulence (gas) / Gas Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomit, Nausea / Vómito, Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominal Pain / Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gall Bladder Stones / Cálculos Biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorrhoids / Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation / Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaundice / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney Stones / Cálculos de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinary Tract Infection / Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in Urine / Sangre en Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty Urinating / Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPRODUCTIVE	Past	Present
Pregnant / Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irregular Menses / Regla Irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal Pap / Citología Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostate Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testicular Pain / Dolor de Testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSCULOSKELETAL AND NERVOUS SYSTEM	Past	Present
Low Back Pain / Dolor Bajo de Espalda (cintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck Pain / Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain between Shoulder Blades / Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain in Arms / Dolor en los Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain in Legs - Sciatica / Dolor en Piernas - Sciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscle Cramps / Calambres Musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of strength (pérdida de fuerza) in arms or legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numbness (adormecimiento) arms or legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of sensation arm or leg / Pérdida sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herniated Disc-Spine / Hernia Disco-Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis / Columna Desviada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures - Sprains / Fracturas - Torceduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Short Leg / Pierna Corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Point out with an X the areas of pain / Marque con una X las areas de dolor en las figuras de abajo



Additional Information

Síntomas similares previos

I have not had any symptoms similar to my actual condition / No he tenido síntomas similares a mi condición actual

I had my actual symptoms before, but they didn't bother me / Mis síntomas actuales los tuve antes, pero no me molestaban

My actual symptoms already existed but they got worse after the accident / Mis síntomas actuales ya existían pero se empeoraron con el accidente

My most recent symptoms (if applicable) occurred / Mis síntomas similares más recientes (si es aplicable) ocurrieron:

_____ months ago (meses atrás) / years ago (años atrás) or on Fecha (Date) ___/___/___

Signature / Firma: _____

Date / Fecha _____