



Formulario de Admisión de Nuevos Pacientes

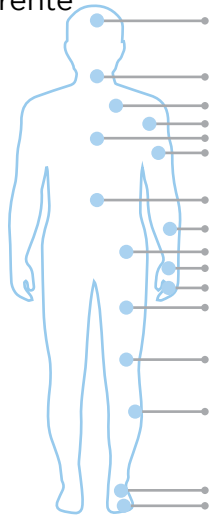
Complete el formulario digitalmente y [envíe](mailto:vitalitychiropracticsarasota@gmail.com) el formulario por correo electrónico a vitalitychiropracticsarasota@gmail.com o imprimir y traer a su cita.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Teléfono: _____
Email: _____
Fecha Nacimiento: _____

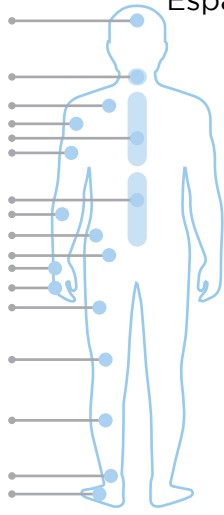
Fecha de Hoy: _____
Nombre de Abogado: _____
(accidente)
Como te enteraste de nosotros?
Buscador _____
Redes Sociales _____
Remisión _____
Otro _____

Queja Principal

Frente



Espalda



Por favor marque todas las áreas de preocupación

Dolor de Cuello ☐ Brazo Izquierdo ☐ Brazo Derecho ☐
Dolor de Cabeza ☐ Pierna Izquierda ☐ Pierna Derecha ☐
Dolor espalda media ☐ Hombro Izquierdo ☐ Hombro Derecho ☐
Dolor espalda baja ☐ Otro _____
Fecha de Comienzo _____ Gradual ☐ Repentina ☐
Dolor se irradia desde _____ a _____
Que lo hace mejor? _____
Que lo hace peor? _____
Cualidad del dolor? ☐ Agudo ☐ Tedioso ☐ Adolorido ☐ Quemando ☐ Profundo
Otro _____
Peor en: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Igual todo el día
Nivel de dolor: 1 = Mejor 10 = Peor _____
¿Es esta lesión un accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No
Ocupación _____
Describa su nivel de estrés? 1 = Bajo 10 = Alto _____

Historia de Salud

Por favor verifique cualquier condición que le han diagnosticado

- | | |
|---|---|
| ☐ Dolor Abdominal | ☐ Fatiga |
| ☐ Artritis | ☐ Fiebre |
| ☐ Heces con sangre | ☐ Dolores de cabeza |
| ☐ Fácilmente abollado | ☐ Hipertensión |
| ☐ Dolor de pecho | ☐ Cálculos renales |
| ☐ Estreñimiento | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Depresión | ☐ Pérdida de sueño |
| ☐ Diarrea | ☐ Presión arterial baja |
| ☐ Respiración dificultosa | ☐ Enfermedad mental |
| ☐ Mareo | ☐ Náuseas |
| ☐ Dolor de oídos | ☐ Temblores |
| ☐ Problemas de los ojos | ☐ Pérdida de peso |

Historia Familiar

Por favor marque cualquier condición que usted o cualquier pariente consanguíneo ha sido diagnosticado con

- | | |
|--|---|
| ☐ Artritis | ☐ Hipertensión |
| ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Desorden Neurológico |
| ☐ Cáncer | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad Respiratoria |
| ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Carrera |
| ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedad de tiroides |

Historia Social

Por favor complete el cuestionario social para tus mejores habilidades.

¿Sexualmente activo? ☐ Sí ☐ No
¿Fuma usted? ☐ Sí ☐ No ☐ Solía
¿Cuántos por día? _____
¿Promedio de horas de sueño por noche? _____
¿Te levantas sintiéndote descansado? ☐ Sí ☐ No
¿Hacer ejercicio? ☐ Sí ☐ No
Cuántos días a la semana _____ Duración _____
¿Consumes alguna droga recreativa? ☐ Sí ☐ No
¿Que tipo? _____
¿Bebes alcohol? ☐ Sí ☐ No
Cuántos días a la semana _____ Cantidad _____



Historial Médico

Complete el formulario digitalmente y [envíe](mailto:vitalitychiropracticsarasota@gmail.com) el formulario por correo electrónico a vitalitychiropracticsarasota@gmail.com o imprimir y traer a su cita.

Historial Médico

Listar todas las cirugías, hospitalizaciones y lesiones que ha tenido y la fecha:

Listar todos los medicamentos que está tomando:

¿Ha recibido atención quiropráctica antes? ☐ Sí ☐ No Si sí, nombre del quiropráctico: _____

Motivo de la búsqueda de atención: _____

Tiene radiografías vigentes: ☐ Sí ☐ No Fecha de última visita: _____ Resultados: ☐ Bueno ☐ Justo ☐ Pobre

Nutrición Básica

¿Cómo calificaría su dieta? 1 = Malsano 10 = Saludable _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene colesterol alto o triglicéridos? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez le han diagnosticado presión arterial alta? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido diagnosticado como diabético? ☐ Sí ☐ No

¿Le han diagnosticado Síndrome Prediabético o Metabólico? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos días a la semana te saltas una comida? (3/comidas/día) _____

¿Cuántas comidas de "comida rápida", "comida redefinida" o "precocinadas" comes a la semana? ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7+

¿Cuántas porciones de fruta comes al día? ☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4-5

¿Cuántas porciones de verduras comes al día? ☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4-5

¿Cuántas onzas de agua bebes al día? (1 vaso=8oz) _____

¿Bebe regularmente 1 o más por día de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda) ☐ Soda ☐ Soda de Dieta ☐ Café ☐ Jugo ☐ Leche ☐ Alcohol

¿Cuántas porciones de azúcares redefinidos comes al día? (Dulces, galletas, pasteles, etc.) ☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4-5

Listar todos los suplementos nutricionales/vitaminas que toma regularmente: (El personal puede fotocopiar una lista si tiene una)

Suplemento Nombre/Tipo	Frecuencia	Marca o lugar de compra
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Política de Cancelación: Escriba sus Iniciales

_____ Entiendo que si cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación antes de la programación, estaré sujeto a una tarifa de cambio de reserva de \$25.

Firma del Paciente (padre/guardian) _____ **Fecha:** _____

Entiendo y acepto que todos los servicios prestados y cobrados son mi responsabilidad personal de pago oportuno. Entiendo que si suspendo o finalizo mi atención/tratamiento, los honorarios por los servicios profesionales que se me hayan prestado vencerán y serán pagaderos de inmediato.



Consentimiento para el Cuidado

Complete el formulario digitalmente y [envíe](#) el formulario por correo electrónico a vitalitychiropracticsarasota@gmail.com o imprimir y traer a su cita.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL AJUSTE Y CUIDADO QUIROPRÁCTICO

Me han informado que no es raro que los pacientes tengan un aumento de molestias después de un ajuste. Si esto ocurre, aplicaré hielo en el área (según las instrucciones) y descansaré. Si yo soy preocupado por este malestar o desarrollar nuevos síntomas, puedo llamar al teléfono de la clínica las 24 horas del día y llegar al médico de guardia para la atención de emergencia. Si fuera de la ciudad, o no puedo comunicarme con el médico, puedo presentarme en la sala de emergencias.

Si se realizó alguna prueba fuera de esta oficina (laboratorio u otro procedimiento de diagnóstico) Entiendo que el médico me notificará los resultados cuando el informe esté disponible. Por la presente solicito consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidas varias modalidades de fisioterapia y, si es necesario, radiografías de diagnóstico (rayos X) realizadas por el médico quiropráctico de este consultorio o cualquier persona de este consultorio autorizado por el médico quiropráctico.

Además, entiendo y estoy informado de que, como en toda atención médica, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos muy leves con el tratamiento, que incluyen, entre otros, distensiones musculares y esguinces, lesiones de disco y accidentes cerebrovasculares, no espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones y deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el médico considere en ese momento en base a los hechos entonces conocido, es en mi mejor interés.

He leído el consentimiento anterior y, al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual. y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

Nombre (Letra de Imprenta)

Firma

Fecha

Testigo

Padre/Guardian

para menores

ENVIAR