

# Bienvenido



## Liringis Chiropractic

ACCIDENT & INJURY CENTER

Winston-Salem (336) 768-1004 • Fax (336) 659-1373  
3570 Vest Mill Road, #B • Winston-Salem, NC 27103

### CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO

Steve Liringis, DC  
John Robinson, DC

# 1

## DATOS PERSONALES

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección/Domicilio donde vive: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ N° de Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo que lleva trabajando allí? \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  
Estado civil:  Menor de edad  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

¿Es usted estudiante de tiempo completo?  Sí  No

¿Vive usted con algún familiar/pariente?  Sí  No

Nombre de su esposo(a): \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos(as)?  Sí  No ¿Cuántos hijos(as) tiene? \_\_\_\_\_

# 2

## EN CASO de EMERGENCIA

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con esta persona? : \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ N° de Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico primario/principal? \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su médico: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_

➤ sigue en la próxima página

## 1. ¿Tiene usted actualmente, o tuvo anteriormente, alguna de estas condiciones médicas, enfermedades o tratamientos?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí Tuberculosis                 | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad de Tiroides       | <input type="checkbox"/> Sí Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Sí Desmayos/Ataques/Epilepsia          |
| <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Riñones         | <input type="checkbox"/> Sí Gota                         | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Venérea                  |
| <input type="checkbox"/> Sí Ciática                      | <input type="checkbox"/> Sí Paro o ataque de corazón     | <input type="checkbox"/> Sí Polio/DM                           | <input type="checkbox"/> Sí Fiebre Reumática                    |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad del Colon         | <input type="checkbox"/> Sí Sople en el corazón          | <input type="checkbox"/> Sí Sangrado profuso                   | <input type="checkbox"/> Sí Sinusitis                           |
| <input type="checkbox"/> Sí Parálisis                    | <input type="checkbox"/> Sí Condición cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Sí Ulceras/Colitis                    | <input type="checkbox"/> Sí Dolor de Cuello frecuente           |
| <input type="checkbox"/> Sí Anemia                       | <input type="checkbox"/> Sí Cirugía Cardíaca/Marcapasos  | <input type="checkbox"/> Sí Asma                               | <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Espalda                |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Pulmonar          | <input type="checkbox"/> Sí Transfusión                  | <input type="checkbox"/> Sí SIDA                               | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis                           |
| <input type="checkbox"/> Sí Estómago/Ulceras             | <input type="checkbox"/> Sí Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Sí VIH                                | <input type="checkbox"/> Sí Glaucoma                            |
| <input type="checkbox"/> Sí Presión Arterial             | <input type="checkbox"/> Sí Quimioterapia                | <input type="checkbox"/> Sí CRS (Complejo Relacionado al SIDA) | <input type="checkbox"/> Sí Implante(s) en hueso o articulación |
| <input type="checkbox"/> Sí ACV _Ataque Cerebro Vascular | <input type="checkbox"/> Sí Artritis                     | <input type="checkbox"/> Sí Culebrilla (shingles)              |   |
| <input type="checkbox"/> Sí Ataques nerviosos            | <input type="checkbox"/> Sí Abuso de Alcohol/Drogas      | <input type="checkbox"/> Sí Problemas Psiquiátricos            |   |

2. Por favor escriba fecha y tipo de cirugía, o de otra condición médica seria, que usted haya tenido y que no figure en la lista de arriba:

3. Indique cualquier accidente serio que usted haya sufrido (con fechas): \_\_\_\_\_

4. Por favor indique cualquier tipo de alergia que tenga: \_\_\_\_\_

5. Indique las enfermedades a las cuáles podría ser propenso debido a herencia familiar: \_\_\_\_\_

6. ¿Toma usted suplementos o vitaminas?  Sí  No ¿Hace usted ejercicios/deporte?  Sí  No \_\_\_\_\_ horas por semana

7. ¿Fuma cigarrillos?  Sí  No ¿Cuánto fuma? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo fuma? \_\_\_\_\_

8. Solo para mujeres: ¿Toma usted anticonceptivos?  Sí  No ¿Está usted amamantando?  Sí  No

9. ¿Está usted embarazada?  Sí  No Si es así, ¿cuántas semanas de embarazo/gestación tiene ahora? \_\_\_\_\_

▲ Le alentamos a que nos haga cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestros servicios. La buena atención médica y de salud se basa en una relación amena y de entendimiento mutuo entre el paciente y el proveedor de los servicios de salud.

▲ Cumplimiento de Normas HIPAA – Nuestra oficina debe operar bajo las normas legales acerca de la Privacidad del Paciente (HIPAA). La Notificación sobre HIPAA explica los deberes y prácticas de privacidad relacionadas a su información médica y de seguro médico. Al firmar este formulario usted reconoce haber leído la Notificación sobre la Privacidad del Paciente. Si usted lo solicita, le podemos proveer una copia de dicha notificación.

▲ Yo autorizo al personal profesional a llevar acabo cualquier servicio que sea necesario de acuerdo al diagnóstico y tratamiento.

▲ Yo comprendo la información previa y garantizo que he completado correctamente los datos en este formulario de acuerdo a mi mejor criterio y comprendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio acerca de la información aquí contenida.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales de persona de nuestro Staff: : \_\_\_\_\_

Doctor's Initials: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_