

Bienvenido



Liringis Chiropractic ACCIDENT & INJURY CENTER

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

Confidencial Récord de Salud

Steve Liringis, DC
Cary Hall, 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: _____

➤ continue on next page

3

TRATAMIENTO EN HOSPITAL O SALA DE EMERGENCIAS

1. ¿Recibió usted atención médica en la sala de Emergencias? ☐ Sí ☐ No
2. Si fue así, ¿en cuál hospital? _____
3. ¿Fue trasladado(a) a Emergencias en ambulancia? ☐ Sí ☐ No
4. Si no fue trasladado(a) en ambulancia, ¿En que fecha recibió atención médica? _____
5. ¿Recibió tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí ☐ inyección ☐ abrazadera ☐ terapia física ☐ muletas/bastón
☐ hielo ☐ Medicación: Nombre del medicamento: _____
6. ¿Recibió algún otro tratamiento? _____
7. ¿Le tomaron radiografías con Rayos-X? ☐ Sí ☐ No, Si fue así, ¿de que parte del cuerpo? _____ (Si tiene un reporte médico por favor déjenos saber para que le podamos sacar una copia y devolverle el original)
8. ¿Le hicieron algún análisis de laboratorio? ☐ Sí ☐ No Resultados: _____
9. Instrucciones de seguimiento recibidas: _____ ☐ Ninguna
10. ¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo? ☐ Sí ☐ No Si fue así ¿para que fechas? _____
11. ¿El médico de Emergencias le entregó reporte sobre restricciones de tareas en el trabajo? ☐ Sí ☐ No Si fue así ¿para que fechas? _____
12. ¿Volvió usted a ser atendido nuevamente en la sala de Emergencias? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí, ¿a cuál hospital? _____
13. Fecha en la que regresó a la sala de Emergencias? _____

4

ATENCIÓN MÉDICA DE OTROS (aparte de hospitales/emergencias)

1. ¿Es Liringis Chiropractic el único consultorio médico al que usted ha ido para atenderse por este accidente? ☐ Sí ☐ No
2. Si la respuesta es NO, complete por favor lo siguiente:
3. Médico: _____ Especialidad: _____ Fecha de la primera visita: _____
4. ¿Le tomaron radiografías con Rayos-X? Si fue así, ¿de que parte del cuerpo? _____
5. ¿Sigue todavía con tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No
6. ¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo? ☐ Sí ☐ No Si fue así ¿para que fechas? _____
7. ¿El médico de Emergencias le entregó reporte de restricciones de tareas en el trabajo? ☐ Sí ☐ No Si fue así ¿para que fecha? _____
8. Prueba médica especial: _____ Referido a: _____

5

HISTORIA DE SALUD

1. Enumere cualquier diagnóstico y/o tratamiento _____
2. Enumere cualquier enfermedad inusual y año o ocurrencia / diagnóstico: _____
3. ¿Ha sido tratado por alguna condición de salud en el último año?: _____
4. ¿Ha recibido tratamiento quiropráctico anteriormente? Si fue así, explique: _____
5. ¿Cómo te sentiste antes del accidente?: _____

Historia Familiar	¿Enfermedades en la familia? (Artritis, Enfermedad del Corazón, Cancer, Diabetes)	¿Viva o fallecida(o)?
Madre		
Padre		
Hermanos		
Hermanas		
Abuelo (s)		
Abuela (s)		

Doctor's Initials: _____
Staff Initials: _____

➤ continue on next page

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

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Sí Tuberculosis | ☐ Sí Enfermedad de Tiroides | ☐ Sí Diabetes | ☐ Sí Desmayos/Ataques/Epilepsia |
| ☐ Sí Problemas de Riñones | ☐ Sí Gota | ☐ Sí Hepatitis | ☐ Sí Enfermedad Venérea |
| ☐ Sí Ciática | ☐ Sí Paro o ataque de corazón | ☐ Sí Polio/DM | ☐ Sí Fiebre Reumática |
| ☐ Sí Enfermedad del Colon | ☐ Sí Soplo en el corazón | ☐ Sí Sangrado profuso | ☐ Sí Sinusitis |
| ☐ Sí Parálisis | ☐ Sí Condición cardíaca congénita | ☐ Sí Úlceras/Colitis | ☐ Sí Dolor de Cuello frecuente |
| ☐ Sí Anemia | ☐ Sí Cirugía Cardíaca/Marcapasos | ☐ Sí Asma | ☐ Sí Problemas de Espalda |
| ☐ Sí Enfermedad Pulmonar | ☐ Sí Transfusión | ☐ Sí SIDA | ☐ Sí Hepatitis |
| ☐ Sí Estómago/Ulceras | ☐ Sí Cáncer | ☐ Sí VIH | ☐ Sí Glaucoma |
| ☐ Sí Presión Arterial | ☐ Sí Quimioterapia | ☐ Sí CRS (Complejo Relacionado al SIDA) | ☐ Sí Implante(s) en hueso o articulación |
| ☐ Sí Ataque Cerebro Vascular | ☐ Sí Artritis | ☐ Sí Culebrilla (shingles) | |
| ☐ Sí Ataques nerviosos | ☐ Sí Abuso de Alcohol/Drogas | ☐ 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. ¿Toma usted suplementos o vitaminas? ☐ Sí ☐ No ¿Hace usted ejercicios/deporte? ☐ Sí ☐ No _____ horas por semana

6. ¿Fuma cigarrillos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto fuma? _____ ¿Desde cuándo fuma? _____

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

8. ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuántas semanas de embarazo/gestación tiene ahora? _____

Lista de Medicamentos	Dosis

▲ 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: _____
Firma del Staff: _____ Fecha: _____

Doctor's Initials: _____
Staff Initials: _____