

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono #: _____

Otro Tel #: _____

Fecha de nacimiento: _____

SS #: _____

Estado civil: _____

Contacto de emergencia: _____

Ocupación: _____

Tel #: _____

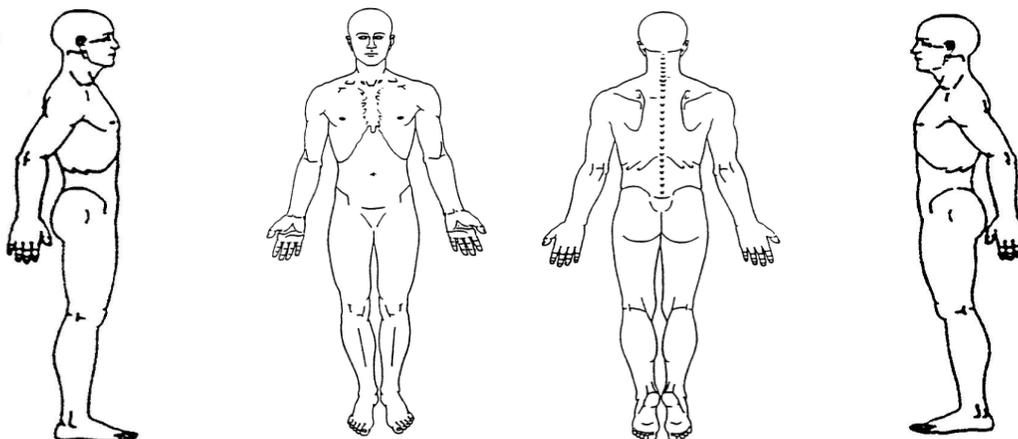
1. ¿Que es el problema de hoy causadas por:

accidente de auto

Lesión del trabajo

otro _____

2. Indicar en los dibujos de abajo donde usted tiene dolor / síntomas y la gravedad de cada problema (utilizando una escala de 0 - 10, donde 10 es el peor):



3. ¿Usando una escala de 0 - 10 (10 el peor), ¿cómo calificaría cada uno de sus problemas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Con qué frecuencia experimentar sus problemas?

Constantemente (76-100% de las veces)

frecuentes (51-75% del tiempo)

Ocasionalmente (26-50% del tiempo)

intermitente (1-25% del tiempo)

5. ¿Cómo describiría el tipo de dolor para cada problema?

agudo

Disparo

sostenido con movimiento

dolor sordo

rígido

disparo con movimiento

difuso

entumecido

punzante con el movimiento

doloroso

estremecimiento

apuñalando con el movimiento

ardiente

Eléctrica con el movimiento

Otro _____

6. ¿Cómo están cambiando sus síntomas con el tiempo? Por favor, indique para cada síntoma:

Conseguir peor

Se mantiene igual

Mejorando

7. ¿Cuánto ha interferido cada problema con su trabajo?

En absoluto

Un poco

moderadamente

Bastante

Mucho

8. ¿Cuánto ha interferido cada problema con sus actividades sociales?

En absoluto

Un poco

moderadamente

Bastante

Mucho

9. ¿A quién has visto por tus problema (s)?

quiropráctico

El neurólogo

médico de primaria

Medico ER

Ortopedista

Nadie

El terapeuta físico

Masajista

Otro _____

10. ¿Quién te refirió aquí? _____

11. ¿Quién es su médico de atención primaria? _____

12. ¿Tenemos su permiso para enviar informes médicos a su médico de cabecera? Sí No

13. ¿Considera que su problema (s) a ser grave? Sí, a veces Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

14. ¿Cuánto tiempo ha tenido cada problema?

15. ¿Cómo cree que cada problema comenzó?

16. Lo que agrava los problemas de cada uno de ustedes?

17. ¿Qué alivia (ayuda) cada uno de ustedes problemas?

18. ¿Qué le concierne más sobre cada uno de sus problemas? ¿Qué te impide hacer?

19. ¿Cuál es su: Altura: _____ Peso: _____
Ocupación: _____

20. ¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente Muy bien Bueno Pasable Pobre

21. ¿Qué tipo de ejercicio que haces?

extenuante Moderar Minimo Ninguno

22. Indicar si tiene familiares directos con cualquiera de los siguientes:

Artritis Reumatoide Diabetes Lupus Cáncer problemas del corazón
 ALS

23. Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, coloque una marca o una "x" en el pasado columna si ha padecido la enfermedad en el pasado. Si actualmente tiene una condición enumeran a continuación, coloque una marca o una "x" en la presente columna.

| Pasado | Presente | | Pasado | Presente | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda superior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de pecho / Angina |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El dolor de espalda mediados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trazo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de hombro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infección de vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codo / dolor en el brazo superior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La pérdida de control de la vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de muñeca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pérdida / ganancia anormal de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dolor en la mano |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los problemas de próstata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de piernas superior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de rodilla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillo / Pie Dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor / rigidez en las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hígado / trastorno de la vejiga de rozadura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La fatiga general |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | falta de coordinación muscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alteraciones visuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Micción frecuente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El lupus sistémico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dependencia del Drogas / Alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fumar / Uso de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dermatitis / eccema / erupción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia |

Pasado Presente

- VIH-SIDA
 Otro _____

Pasado Presente

- alergias

Sólo para mujeres:

Pasado Presente

- Pastillas anticonceptivas
 El embarazo

Pasado Presente

- reemplazo hormonal

24. Lista de todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente: _____

25. Lista de todos los medicamentos de venta libre que está tomando actualmente: _____

26. Lista todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido: _____

27. ¿Qué actividades realiza en el trabajo?

- | | | | |
|-------------------------|---|---|--|
| • Sentar | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Levantate | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Trabajo del ordenador | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Hablar por teléfono | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Conducir | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Labor manual | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Leer mucho | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |
| • Viajar | <input type="checkbox"/> La mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Un poco del Día |

28. ¿Qué actividades haces fuera del trabajo? _____

29. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? No Sí

Si es así, ¿por qué? _____

30. ¿Ha visto un quiropráctico antes? No Sí

Si es así, ¿quién y cuándo? _____

¿Cuáles fueron los resultados de su tratamiento? Gran Buena
Regular mezclado Mala Otros _____

31. ¿Ha tenido significativa trauma pasado? No

Sí

Si es así, describa _____

32. ¿Ha tenido una prueba de colesterol no en ayunas en los últimos 5 años? No Sí
¿Si sí, cuándo? _____

33. ¿Ha tenido una vacuna contra la gripe este año? No Sí
¿Si sí, cuándo? _____

34. ¿Ha sido probado para el cáncer de colon? No Sí
¿Si sí, cuándo? _____

HEMBRAS

35. ¿Estás al día con tu PAP smear? No Sí
En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última? _____

MACHOS

36. ¿Ha sido examinado por problemas de próstata? No Sí
¿Si sí, cuándo? _____

37. ¿Hay alguna otra información pertinente a su visita de hoy? _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Chiropractic Center CONTINO

DR. JEFFREY T. CONTINO, DC

CONSENTIMIENTO PARA EL USO o divulgar información médica

Yo, _____, autorizo al Dr. Jeffrey T. Contino pueda utilizar y divulgar mi salud y la información médica con el propósito de tratamiento, pago y atención médica.

Tratamiento: Incluye las actividades realizadas por un médico, enfermera, personal de oficina y otros tipos de profesionales de la salud que prestan atención a que, coordinación o administración de su cuidado con terceros, y las consultas con y entre otros proveedores de atención médica. Este consentimiento incluye el tratamiento proporcionado por cualquier médico que cubre mi práctica.

Pago: Incluye las actividades involucradas en determinar su elegibilidad para la cobertura del plan de salud, de facturación, de recibir el pago de sus reclamaciones de beneficios de salud, y las actividades de administración de utilización que pueden incluir la revisión de los servicios de salud por necesidad médica, la justificación de los gastos, la certificación previa y autorización previa.

Operaciones de atención médica: Incluye las funciones administrativas y comerciales necesarias de nuestra oficina.

Usted puede revisar "Aviso de Privacidad" para obtener información adicional acerca de los usos y divulgaciones de información que se describen en este Consentimiento antes de la firma del Contino Chiropractic Center. Por favor, compruebe que ha recibido una copia de nuestro Aviso colocando sus iniciales aquí: _____

Debido a que nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo con la ley, los términos contenidos en este aviso pueden cambiar. Le ofreceremos una copia de la nueva Notificación / modificada en su primera visita a nosotros después de la fecha de vigencia de los mismos. Nosotros también le proporcionará una copia de la notificación a su solicitud.

Como se explica con más detalle en el Aviso, usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica protegida para tratamiento, pago y propósitos de la operación de cuidado de la salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar a su tratamiento de emergencia. Otros médicos que proporcionan cobertura de llamada para nuestra oficina están obligados a utilizar y divulgar su información de salud protegida de conformidad con el presente Aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que Contino Chiropractic Center ya se ha utilizado o divulgado la información en virtud de esta autorización

Firma del paciente

Fecha

Firma de la persona autorizada por la ley

Fecha

Autorización para revelar información SALUD

Nombre del paciente: _____

SS paciente #: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Yo autorizo el uso o la divulgación de información de salud por encima de la persona nombrada como se describe a continuación:
2. La siguiente individuo u organización está autorizado para hacer la divulgación:

_____ CONTINO QUIROPRÁCTICO CENTER _____
3. El tipo y la cantidad de información a ser utilizada o divulgada es el siguiente:
 - a. Lista de problemas
 - b. lista de medicamentos
 - c. Lista de alergias
 - d. Los resultados de laboratorio
 - e. informes de formación de imágenes de rayos X y
 - f. informes de las consultas
 - g. Todo el Registro
 - h. Otros: _____
4. Yo entiendo que la información contenida en mis registros de salud puede incluir información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento de abuso de alcohol y drogas.
5. Esta información puede ser revelada a y usada por la siguiente persona (s) u organización (s):

Jeffrey T. Contino, DC
Contino Chiropractic Center
174 W. Calle Comercio
Bridgeton, NJ 08302
6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de gestión de información sanitaria. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:
_____.
7. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, tengo que firmar esta forma con el fin de asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información para ser usado o revelado, según se dispone en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no-autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de información sobre mi salud, puedo contactar Jeffrey T. Contino, DC del Contino Chiropractic Center.

Paciente / Firma del representante legal

Fecha

Si es firmado por el Representante Legal, Relación Estado con el paciente

Asignación condicional de Beneficios

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO #: _____

GRUPO # (si se conoce): _____

Nombre del proveedor MEDICAL: JEFFERY T. CONTINO, D.C

Yo autorizo y solicito _____ (compañía de seguros) a pagar directamente al proveedor médico antes mencionado, la cantidad adeudada mí bajo los términos de la política ha hecho referencia anteriormente como resultado de la atención médica que se preste a médicos y todo el personal médico asociado con la oficina del proveedor.

Firma del paciente

Fecha

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

Yo, _____, autorizo y exponer mi preferencia para que mi médico, el Dr. Jeffrey T. Contino, y otro personal en Contino Chiropractic Center comunicarse conmigo por correo electrónico, además de o para sustituir a dejar mensajes telefónicos, en relación con diversos aspectos de mi cuidado de la salud, que puede incluir, pero no se limitan a, los resultados de pruebas, citas y facturación. Entiendo que los mensajes de correo electrónico no es un método de comunicación confidencial y puede ser inseguro. Además, entiendo que, debido a esto, existe el riesgo de que los correos electrónicos con respecto a mi atención médica pueden ser interceptados y leídos por un tercero.

Doy mi permiso para salir de las dos recordatorios de citas y mi información de salud privada en el siguiente (por favor, llenar-en los que está de acuerdo con):

Número de teléfono _____

Email _____

Doy permiso para ponerse en contacto conmigo, sólo en relación con recordatorios de citas, por los siguientes métodos:

mensaje telefónico al siguiente numero _____

correos electrónicos a la siguiente direccion de correo electrónico _____