

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Cuestionario Confidencial de Salud

### Información del Paciente

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Título: (Seleccione uno)    Sr.    Sra.    Srta    Dr.			
Nombre _____		Inicial _____ Apellido _____	
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____	Código Postal _____
Teléfono # (Casa) (____) _____ - _____		Teléfono # (Trabajo) (____) _____ - _____	
Celular (____) _____ - _____		Correo Electrónico _____	
Fecha de Nacimiento ____/____/____		Genero: Masculino    Femenino	Estado Civil: _____
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____		Ocupación:    Empleado    Sin Empleo    Estudiante	

### Información Empleador/Escuela del Paciente

<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante		
Nombre de la Compañía/Escuela _____		
Ocupación _____	Descripción _____	
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

### Información de Padres/ Cónyuge

Nombre _____		Inicial _____ Apellido _____	
Fecha de Nacimiento _____		Teléfono # Casa/ Trabajo (____) _____ - _____	
<u>Información de Empleador Padre/Cónyuge</u>			
Nombre de la Compañía _____			
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____	Código Postal _____

### Información de Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto _____		Relación con el Paciente _____	
Teléfono (____) _____ - _____		Celular (____) _____ - _____	

Doctor's Signature \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Historia Mèdica Reciente

Como escuchò acerca de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Esta Usted Embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

Cual es la ubicaciòn de su dolor o problema? \_\_\_\_\_

El dolor hace referencia a otras partes del cuerpo? Si es así, Donde? \_\_\_\_\_

Cuando empezaron sus sintomas? (Si es posible, fecha especifica) \_\_\_\_\_

Son los sintomas resultado de: Accidente de Carro \_\_\_\_\_ Accidente de Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Còmo empezaron sus sintomas/ Que causò el problema? \_\_\_\_\_

Ha tenido este problema en el pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Con què frecuencia experimenta los sintomas?

Constantemente  
(76-100% del dia)

Frecuntemente  
(51-75% del dia)

Ocasionalmente  
(26-50% del dia)

Intermitentemente  
(0-25% del dia)

Que describe la naturaleza de sus sintomas?

Agudo  
Ardor

Adolorido  
Hormigueo

Adormido  
Punzante

Otro \_\_\_\_\_

Es el dolor o problema suave, moderado o severo? \_\_\_\_\_

Còmo han cambiado sus sintomas?

Mejorando

Sin cambio

Empeorando

Afecta el dolor su vida diaria o como duerme? Si (Donde) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hay algo que ayude a mejorar su dolor o problema? \_\_\_\_\_

Hay algo que agrave o haga que su dolor o problema empeore? \_\_\_\_\_

Siente usted alguna debilidad muscular? Si (Donde) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tiene usted problemas para ir al baño asociados con su dolor o problema? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta usted actualmente tomando medicamentos para su problema? Si (Por favor especifique) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Historia Mèdica Pasada

**Condiciones Mèdicas:** (Seleccione todas las que apliquen a usted)

Artritis

Cancer

Diabetes

Problemas del Corazòn

Hipertensiòn

Enfermedad Psiquiatrica

Trastornos de la Piel

Derrame Cerebral

Otro \_\_\_\_\_

**Cirugias:** (Seleccione todas las que apliquen a usted)

Apendicitis

Cirujia del corazòn

Columna Cèrvical

Histerectomia

Cerebro

Remplazo de articulaciones

Prostata

Columna Lumbar

Vesicula

Rodilla

Tùnel Carpiano

Hombro

Columna Dorsal

Otro \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Alergias:** (Seleccione todas las que apliquen a usted)

Huevos	Pescado	Leche o Lactosa	Mani
Soya	Sulfitos	Trigo/Glútenes	Otros _____

**Historia Social:** (Seleccione todas las que apliquen a usted)

Uso de cafeína:	Ocasional	Frecuente	Nunca
Tomar Alcohol:	Ocasional	Frecuente	Nunca
Ejercicios:	Ocasional	Frecuente	Nunca
Mastica Tabaco:	Ocasional	Frecuente	Nunca
Cigarrillos:	+ 1 paquete/día	- 1 paq./día	Nunca
Usa cinturón de seguridad:	Ocasional	Siempre	Nunca
Dormir:	+ 9 horas/día	- 7 horas/día	
Otros	_____		

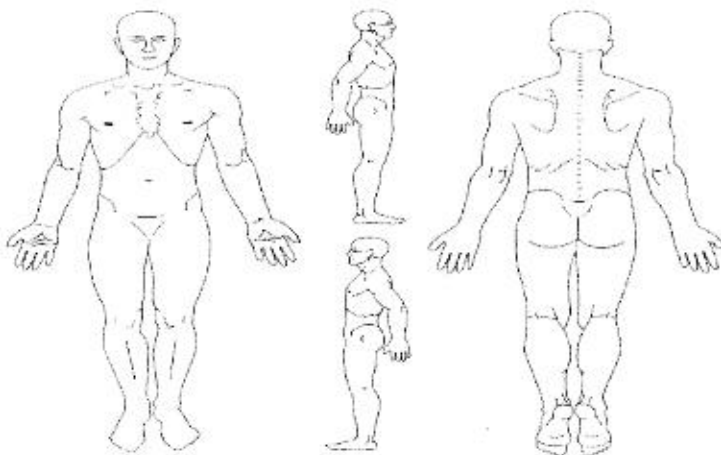
**Historia Familiar:** (Seleccione las que apliquen)

Artritis:	Padres	Familia
Cancer:	Padres	Familia
Diabetes:	Padres	Familia
Corazón	Padres	Familia
Hipertensión	Padres	Familia
Derrame Cerebral	Padres	Familia
Tiroides	Padres	Familia
Otros	_____	

**Actividades Profesionales:** Por Favor describa lo que hace en su trabajo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Usando las letras, indique en el diagram donde experimenta los siguientes síntomas:**

**N=Adormecimiento    B=Ardor    S=Punzante    T=Hormiguelo    A=Adolorido**



**Describe sus síntomas en orden de severidad, Con el peor síntoma empesando # 1:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quadruple Visual Analogue Scale**

Por favor circule el numero que mejor describa lo que se le pregunta

<b>Cual es su dolor AHORA?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cual es su dolor PROMEDIO?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cual es el nivel del dolor en su MEJOR momento?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cual es el nivel del dolor en su PEOR momento?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Doctor's Signature \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Revisión de Sistemas** – ( Marque si usted ha tenido problemas con cualquiera de las siguientes)

<b>Cardiovascular</b>	Pasado	Presente	No	<b>Respiratorio</b>	Pasado	Presente	No	<b>Alergias/Inmunologico</b>	Pasado	Presente	No
Circulación Pobre				Asma				Hurticaria			
Hipertensión				Tuberculosis				Trastorno Inmunologico			
Aneurisma				Respiración corta				HIV/AIDS (SIDA)			
Corazón				Enfisema				Alergias a inyecciones			
Ataque al Corazón				Resfrío				Uso de Cortisona			
Dolor de Pecho				Tos							
Colesterol Alto				Ahogamiento							
Marca Paso								<b>Oído, Nariz y Garganta</b>			No
Dolor de Mandíbula				<b>Ojos</b>			No		Pasado	Presente	
Palpitaciones					Pasado	Presente		Dificultad al Tragar			
Piernas Hinchadas				Glaucoma				Mareos			
				Visión Doble				Perdida del Oído			
<b>Urinario</b>			No	Visión Borrosa				Dolor de Garganta			
	Pasado	Presente						Sangrado de Nariz			
				<b>Psiquiátrico</b>			No	Sangrado de las Encías			
Ardor al Orinar					Pasado	Presente		Infección de Sinusitis			
Orinar con Frecuencia				Depresión							
Sangrado en la Orina				Ansiedad				<b>Gastrointestinal</b>			No
Calculos Renales				Estres					Pasado	Presente	
Dolor de lado inferior								Problemas de Vesícula			
				<b>Endocrino</b>			No	Problemas Intestinales			
<b>Neurológico</b>			No		Pasado	Presente		Constipación			
	Pasado	Presente		Tiroides				Problemas en el Hígado			
Derrame				Diabetes				Úlceras			
Convulsiones				Perdida de Pelo				Diarrea			
Lesiones en la Cabeza				Menopausia				Nausea/vomito			
Aneurisma Cerebral				Menstrual				Sangrado en las sss			
Adormesimiento								Inapetencia			
Dolor de cabeza				<b>Hematológicas</b>			No				
Nervios Pinchados					Pasado	Presente		<b>Musculoesqueléticos</b>			No
Mal de Parkinson				Hepatitis					Pasado	Presente	
Túnel Carpal				Coágulos/Sangre				Gota			
Vertigo				Cáncer				Artritis			
				Hematomas				Rigidez Articular			
<b>Constitucional</b>			No	Sangrado				Debilidad Muscular			
	Pasado	Presente		Fiebre/Escalofríos				Osteoporosis			
+ o - de Peso				Sudoración				Fracturas de Huesos			
Nivel de Energía Bajo								Reemplazo de Articulación			
Dificultad al Dormir											

**INFORMACION DEL DOCTOR FAMILIAR/ ESPECIALISTA**

Si usted está actualmente bajo el cuidado de un doctor de familia o de un especialista, como un neurólogo o un cirujano, Por favor complete la siguiente información. Esto nos permitirá comunicarnos directamente con estos doctores y utilizar un enfoque de equipo para tratar su condición de manera más eficaz.

Rutinariamente enviaremos a estos doctores un informe inicial, así como informes provisionales para que puedan familiarizarse con su caso y cualquier progreso o cambio que sean resultado de nuestra atención.

Nombre del Doctor Familiar/Proveedor Primario: \_\_\_\_\_

Dirección/Ubicación de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del Especialista consultado por su Condición: \_\_\_\_\_

Dirección/Ubicación de la Oficina: \_\_\_\_\_

**Tienen mi permiso para enviar a estos doctores información sobre mi diagnóstico, tratamiento y progreso**  
**Tienen mi permiso para obtener registros de estos doctores relacionados con las condiciones que serán tratadas en esta clínica.**

**Iniciales y Fecha:** \_\_\_\_\_

Doctor's Signature \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Información de Pagos/ Seguros**

Quien es responsable por su cuenta? Seguro de Trabajo    Seguro de Auto	Paciente Medicare	Seguro de Salud Medicaid	Cónyuge Other _____	Padres
Compañía de seguro de salud personal: _____				
Número de Identificación de Seguro (ID #) _____				
Nombre del Asegurado: _____				
Número de Grupo: _____				
Fecha de Nacimiento del Asegurado ____ / ____ / _____				

**Lesión en el Trabajo**

Ha presentado usted un reporte de lesiones con su empleador?    Si _____    No _____
Fecha: ____/____/____    Hora: ____ am / pm

**Yo doy testimonio de que la información anterior es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.**

Consentimiento para tartar a un menor: (Nombre del Menor) \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Padre/Guardian): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este cuadro es solo para uso de la Oficina**

<b>Outcomes Assessment Tools:</b>	
Functional Rating Index:	Score ____ / ____
Quadruple Visual Analog Scale	Score ____ / ____

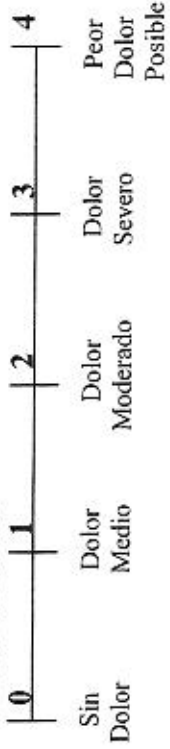
Doctor's Signature \_\_\_\_\_

# Functional Rating Index- Versión Español

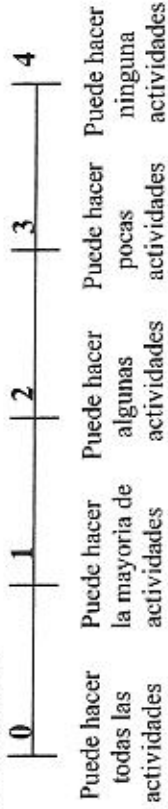
Para uso con Problemas de Cuello y/o Espalda solamente

En orden de valorar apropiadamente su condición, nosotros debemos entender cuanto su **problema de cuello y/o espalda** han afectado su habilidad de dirigir las actividades diarias. Para cada punto abajo, **por favor circule el número con el que mejor describe su condición de ahora.**

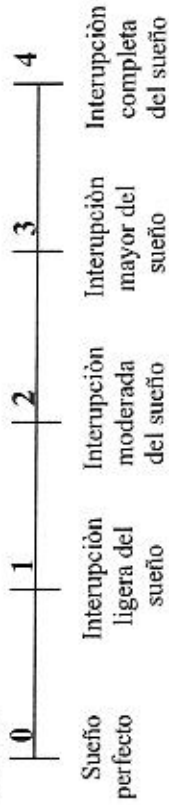
## 1. Intensidad del dolor



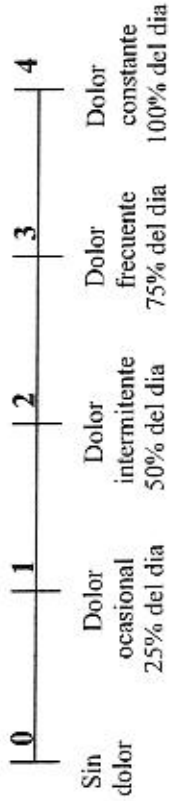
## 6. Recreación



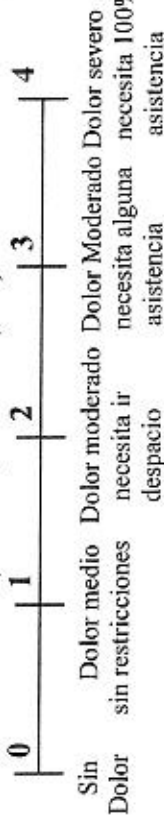
## 2. Dormir



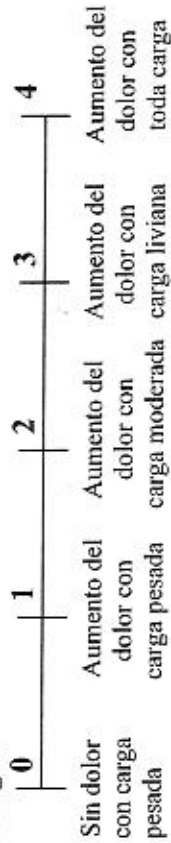
## 7. Frecuencia de dolor



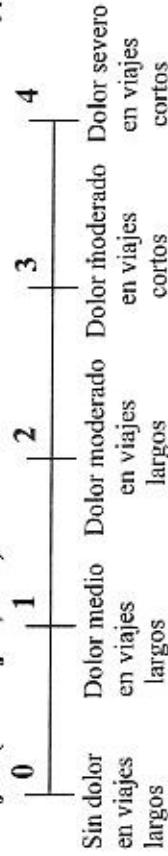
## 3. Cuidado Personal (bañarse, vestirse, etc.)



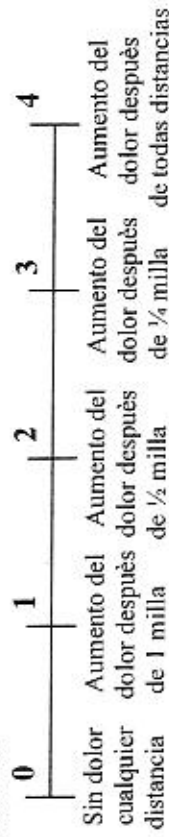
## 8. Cargar



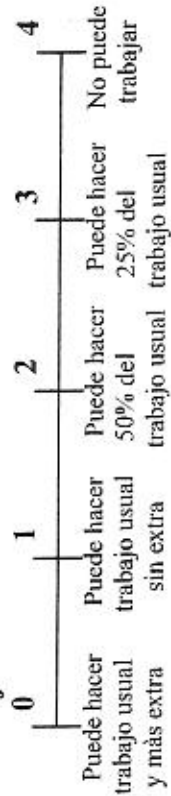
## 4. Viajar (Manejar, etc.)



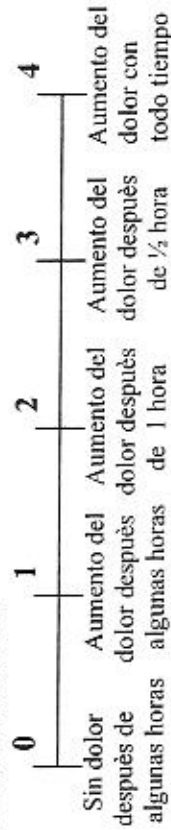
## 9. Caminar



## 5. Trabajar



## 10. Ponerse de Pie



Nombre: \_\_\_\_\_

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

Total Score: \_\_\_\_\_

ESCRITO Y FIRMA