



Tri Modern Health
1000 Grand Canyon Parkway Hoffman Estates, IL 60169 Suite 104
P:847-884-8488

Formulario de historial de salud del paciente nuevo

Para brindarle la mejor atención posible, complete este formulario y tráigalo a su primera cita. Toda la información es estrictamente CONFIDENCIAL.

Información del paciente

Fecha: _____ Referido por: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

_____ Código postal: _____ Teléfono celular: _____ (Usamos mensajes de texto para recordatorios de citas) Correo electrónico: _____ (Su correo electrónico NO se

compartirá con terceros) Ocupación: _____ Empleador: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Quejas actuales:

Naturaleza de la lesión/afección: Automóvil Trabajo Otro.

Explique su estado actual:

Fecha de la lesión: _____ Fecha en que aparecieron los primeros síntomas: _____

¿Ha tenido este problema antes? Sí No Si es así, ¿cuándo? _____

Enumere otros profesionales atendidos por este problema: _____

¿Has visitado a un quiropráctico antes? Si No Si es así, ¿cuándo? _____

Evaluación del dolor

Nivel de dolor actual (escala 0-10): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

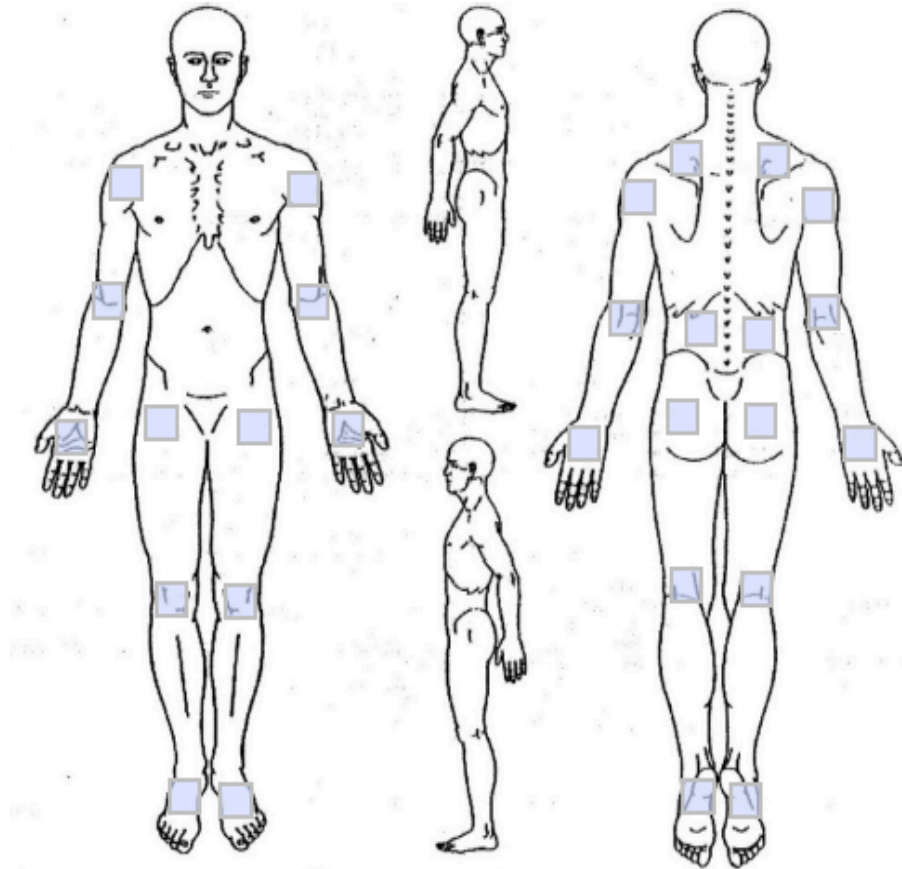
Nivel de dolor promedio: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de dolor en su mejor día: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de dolor más intenso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque su dolor/síntomas en el diagrama a continuación usando estas letras:

A = Dolor B = Ardor N = Entumecimiento P = Hormigueo S = Punzadas



Descripción adicional del dolor:

Información del seguro:

Compañía de seguros: _____ ID #: _____

Número de grupo: _____ Nombre del Asegurado: _____

En caso de accidente de auto, responsable: _____ Persona de contacto: _____

Teléfono: _____ Número de reclamo: _____

Historial de salud:

Medicamentos actuales (incluya la dosis): _____

Vitaminas/Suplementos: _____

Anticoagulantes (warfarina, Eliquis, Xarelto, etc.) Esteroides (prednisona, etc.) Anticonceptivos

Fecha del último examen físico: : _____ ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

¿Radiografías recientes? Sí No ¿Dónde y en cual parte del cuerpo?

¿Alguna vez ha tenido...?

No Sí Si respondió sí, explique brevemente

¿Huesos rotos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha sido hospitalizado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha estado en un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Torceduras o distensiones musculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha perdido el conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Marque cualquier condición o síntoma que presente actualmente:

Musculoesquelético: Dolor/Rigidez de cuello Dolor de espalda Dolores de cabeza Dolor articular
 Artritis Fracturas Entumecimiento/Hormigueo Osteoporosis

Neurológico: Mareos Desmayos Pérdida de equilibrio Hormigueo Problemas de memoria
Cambios de humor Dificultad para hablar o tragar Pérdida del control de la vejiga o los intestinos

Salud general: Fatiga Depresión Ansiedad Problemas de sueño Fiebre Pérdida de peso
Sudores nocturnos

Cardiovascular: Hipertensión Enfermedad cardíaca Dolor de pecho Dificultad para respirar
Hinchazón de tobillos Marcapasos Desfibrilador (DAI) Antecedentes de accidente cerebrovascular
Antecedentes de ataque isquémico transitorio

Digestivo: Dolor de estómago Acidez Náuseas Estreñimiento Diarrea Hinchazón

Otras afecciones: Diabetes Enfermedad tiroidea Cáncer Asma Alergias Enfermedad renal

Explique las opciones marcadas: _____

Antecedentes familiares de enfermedades graves: _____

Índice de calificación funcional. Para cada opción a continuación, marque con un círculo la opción que mejor describa su condición actual.

1. **Intensidad del dolor:** Sin dolor — Dolor leve — Dolor moderado — Dolor severo — Peor dolor posible
2. **Dormir:** Sueño perfecto — Leve alteración — Alteración moderada — Alteración grave — Totalmente alterado.
- 3.
4. **Cuidado personal (bañarse, vestirse):** Sin restricciones — Necesita ir despacio — Necesita algo de ayuda — Necesita ayuda total (100%) — No puede hacerlo
5. **Viajar (conducir, etc.) -** Sin dolor en viajes largos — Dolor leve en viajes largos — Dolor moderado en viajes largos — Dolor moderado en viajes cortos — Dolor severo en viajes cortos
6. **Trabajo:** Puede hacer su trabajo habitual más trabajo extra ilimitado — Puede hacer su trabajo habitual, sin trabajo extra — Puede hacer el 50% de su trabajo habitual — Puede hacer el 25% de su trabajo habitual — No puede trabajar.
7. **Recreación:** Sin dolor — Dolor leve — Dolor moderado — Dolor severo — Peor dolor posible
8. **Frecuencia del dolor:** Sin dolor — Dolor ocasional (25% del día) — Dolor intermitente (50% del día) — Dolor frecuente (75% del día) — Dolor constante (100% del día)
9. **Levantar peso:** Sin dolor con cualquier peso — Aumento del dolor con peso pesado — Aumento del dolor con peso moderado — Aumento del dolor con peso ligero — No puede levantar ningún peso
10. **Caminar:** Sin dolor a cualquier distancia — Aumento del dolor después de 1 milla (1.6 km) — Aumento del dolor después de 1/2 milla (800 m) — Aumento del dolor después de 1/4 milla (400 m) — Aumento del dolor al caminar en general
11. **Estar de pie:** Sin dolor — Aumento del dolor después de varias horas — Aumento del dolor después de 1 hora — Aumento del dolor después de 1/2 hora — Aumento del dolor al estar de pie en todo momento

Consentimiento para el Tratamiento y Acuerdos Legales

Consentimiento Informado para Atención Quiropráctica

Entiendo que el tratamiento quiropráctico puede incluir terapias manuales como ajustes espinales, técnicas de tejidos blandos y otros procedimientos de apoyo destinados a restaurar la función normal de las articulaciones, aliviar el dolor y mejorar la salud neurológica y general.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- **Beneficios Potenciales:** Alivio del dolor, mejor movilidad articular, reducción de la inflamación, mejor función neurológica y bienestar general.
- **Riesgos Potenciales:** Molestias temporales, tensión muscular, agravamiento de síntomas y, en raros casos

(estimado entre 1 en 1 a 2 millones de ajustes cervicales), complicaciones graves como fracturas, lesiones discales, dislocaciones o disección arterial que podría provocar un derrame cerebral.

• **Opciones de Tratamiento Alternativas:** Reposo, autocuidado, medicamentos de venta libre o con receta, fisioterapia, intervención médica, inyecciones y cirugía.

• **Sin Garantías:** Entiendo que no se promete ni garantiza ningún resultado específico. Tengo derecho a solicitar una segunda opinión y a rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y doy mi consentimiento para el examen y tratamiento quiropráctico que los profesionales de Tri Modern Health consideren apropiado.

Aviso de Privacidad HIPAA y Consentimiento

Reconozco que he recibido y/o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Tri Modern Health, el cual explica cómo puede usarse y divulgarse mi información médica protegida (PHI) conforme a la ley federal.

Autorizo a Tri Modern Health a:

- Usar y divulgar mi PHI para tratamiento, facturación y operaciones de atención médica.
- Contactarme por teléfono, mensaje de texto, correo de voz o correspondencia, utilizando los datos de contacto que he proporcionado, sobre citas y asuntos clínicos.
- Divulgar información médica según sea necesario para facturación de seguros, casos de lesiones personales y coordinación de atención con otros proveedores de salud.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en el mismo. Entiendo que negarme a firmar este consentimiento puede resultar en la denegación del tratamiento.

Responsabilidad Financiera y Asignación de Seguro

Yo, el paciente (o representante autorizado) que suscribe, entiendo y acepto lo siguiente:

1. Responsabilidad Financiera

Soy personalmente responsable de todos los servicios prestados por Tri Modern Health, independientemente de la cobertura del seguro, las reclamaciones de terceros o la participación de un abogado. Esto incluye, entre otros, deducibles, copagos, servicios denegados o no cubiertos, y cualquier saldo restante después de los pagos del seguro o de terceros.

2. Reclamaciones de Terceros/MVA/Compensación Laboral

Si mi atención se relaciona con un accidente automovilístico, reclamaciones de compensación laboral u otra reclamación por responsabilidad civil de terceros:

- Sigo siendo responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es denegada, inactiva o cancelada.
 - Si mi abogado se retira o deja de representarme, mi responsabilidad de pago continúa siendo completa.
 - Si no estoy incluido o no estoy cubierto por ninguna póliza de seguro involucrada, sigo siendo responsable.
 - Acepto notificar a Tri Modern Health de inmediato sobre cualquier cambio en la representación legal, la cobertura del seguro o el estado de la reclamación.
- #### **3. Autorización del Seguro**

Autorizo a Tri Modern Health a:

- Presentar reclamaciones en mi nombre
- Divulgar la información médica necesaria para la facturación
- Recibir pagos directamente de las aseguradoras

4. Condiciones de Pago

Usted es responsable de cualquier parte de su factura que no esté cubierta por el seguro, incluyendo deducibles, copagos, coaseguros o servicios no cubiertos, según lo indicado en su Explicación de Beneficios (EOB).

Si un saldo permanece impago después de que el seguro procese la reclamación y usted no se comunica con la oficina, Tri Modern Health podría derivar la cuenta a una agencia de cobranza. Estamos disponibles para hablar sobre planes de pago o asistencia financiera si es necesario.

Firmas:

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Autorización para Tratamiento de Menores (si aplica):

Autorizo el tratamiento quiropráctico para mi hijo menor:

Nombre del menor: _____

Firma del padre/madre o tutor: _____ **Fecha:** _____ (si el paciente es menor de 18)

Nombre del testigo: _____ **Fecha:** _____

© Tri Modern Health - Toda la información es estrictamente confidencial.

