

FANWOOD BACK RELIEF CENTER

*Nombre _____ Fecha _____

*Mejor número de contacto: _____ - _____ - _____ Su ocupación _____

*Dirección _____ *Ciudad _____

*Estado _____ *Código Postal _____ *Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo: M F

*Correo Electrónico _____ Numero de Social _____

*Medico Primario (PCP) _____ Teléfono _____

*PCP Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Contacto De Emergencia Nombre: _____ Teléfono _____

Relcacion _____

¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) Facebook Instagram Periódico Google Tictok Pasar Conduciendo

Fuiste referido de: **Un Paciente** Nombre ? _____ Un Medico? _____

***PROBLEMA PRIMARIO:**

¿Cuándo empezó? _____ ¿Has tenido esta condición antes? Si No

Tipo de dolor (marque uno): agudo dolorido disparo entumecimiento hormigueo

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor (marque uno): Constante Episódico Ocasional

Cuantas veces (marque uno): diario semanal mensual ¿La condición empeora? Si No

Califica el dolor de 1-10: En su peor momento _____ En el presente _____ En su mejor momento _____

¿El dolor viaja a otras áreas? Si No ¿De donde a donde? _____

¿Qué lo hace sentir mejor? _____ ¿Qué lo hace sentir peor? _____

¿Qué crees que causó el problema? _____

Lista las actividades que esta condición le impide hacer: _____

Liste los tratamientos anteriores para esta afección y si ayudaron: _____

***PROBLEMA SECUNDARIO:**

¿Cuándo empezó? _____ ¿Has tenido esta condición antes? Si No

Tipo de dolor (marque uno): agudo dolorido disparo entumecimiento hormigueo

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor (marque uno): Constante Episódico Ocasional

Cuantas veces (marque uno): diario semanal mensual ¿La condición empeora? Si No

Califica el dolor de 1-10: En su peor momento _____ En el presente _____ En su mejor momento _____

¿El dolor viaja a otras áreas? Si No ¿De donde a donde? _____

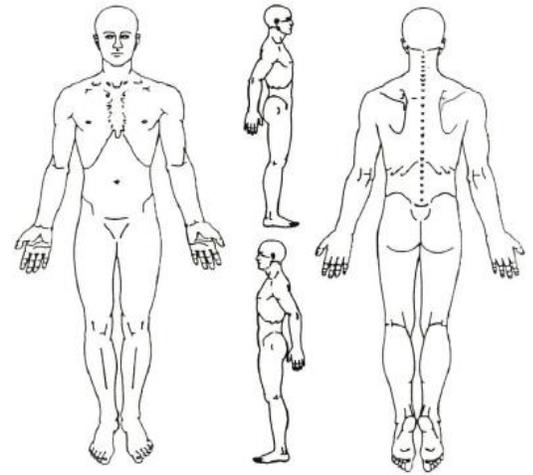
¿Qué lo hace sentir mejor? _____ ¿Qué lo hace sentir peor? _____

¿Qué crees que causó el problema? _____

Lista las actividades que esta condición le impide hacer: _____

Liste los tratamientos anteriores para esta afección y si ayudaron: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las manos | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Dolor al respirar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los oídos | <input type="checkbox"/> Falta de tufo o probar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Falta de balanceo | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Dolor de hombro | <input type="checkbox"/> TMJ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Condiciones del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulina) |
| <input type="checkbox"/> Nervios | <input type="checkbox"/> Diabetes (Sin Insulina) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la cadera | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | |



Indica tu dolor en el diagrama:

¿Ha tenido unos de estos síntomas en el pasado? Elije el que aplica:

Otro Problema no indicado que sea relevante: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS:

LISTA DE TRAUMA PASADO, ACCIDENTES, LESIONES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS:

LISTA HISTORIA FAMILIAR, HISTORIA SOCIAL, NIVEL DE EJERCICIO, FUMAR, NIVEL DE ESTRÉS:

¿Hay alguna otra información que considere relevante para su (s) condición (es) actual (es) que no estaba cubierta?
Explique en la siguiente sección cualquier información que considere útil para el médico.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL AVISO DE HIPAA

Aviso al Paciente:

Estamos obligados a ofrecerle una copia de nuestro aviso de HIPAA que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Nuestro aviso HIPAA y las políticas de la oficina contienen información sobre pagos, seguros de salud, cobros y otra información importante.

1) ¿Podemos confirmar sus citas por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono?

Si No

2) ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador en su casa o teléfono celular?

Si No

3) ¿Podemos discutir su condición con algún miembro de su familia?

Si No

Si la respuesta es sí, por favor escriba sus nombres: _____

4) ¿Podemos usar imágenes o videos capturados en nuestra oficina, con respecto a su tratamiento, en las redes sociales con fines de marketing?

Si No

Reconocimiento del Paciente:

Reconozco y acepto el aviso de HIPAA de esta oficina. Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA y tengo derecho a obtener una copia impresa del aviso de HIPAA. Reconozco que puedo negarme a firmar este reconocimiento si lo deseo.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente o representante legal

Si es representante legal, relación estatal

Fecha