

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

**Cargador de Servicio:** Sprint Verizon AT&T Boost **Preferencia:** Casa Celular

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Le gustaría recibir nuestra mensajera o ofertas especiales y eventos por correo electrónico? Si No

Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V

Como fueron referidos a nuestra Oficina? \_\_\_\_\_, Podemos darles gracias? Sí No

Doctor de Cabecera \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

Nos da permiso para contactar a su Doctor de Cabecera? Si No

Empleador \_\_\_\_\_ Numero Telefónico \_\_\_\_\_

Estatus de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Otro

Contacto De Emergencia \_\_\_\_\_ Numero Telefónico \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

**Si su visita está relacionada con un accidente de automóvil o de trabajo por favor proporcione la siguiente información:**

Nombre Seguro de Auto/Compensación de Trabajadores: \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_ Numero de Reporte: \_\_\_\_\_

Yo, instruyo a Young Chiropractic and Rehabilitation Center que cobrar los servicios proveídos a mi persona al seguro médico/Compensación de Trabajador después de cada visita como asignado directo de mis derechos y beneficios bajo mi póliza. Si mi póliza prohíbe pago directo al doctor, yo también instruyo a dirijo a mi seguro médico/seguro de responsabilidad a hacer los cheques a Young Chiropractic y mandarlos a 9825 Giles Rd, Suite F, La Vista, NE 68128. En el evento que el seguro no pague; Young Chiropractic and Rehabilitation Center tiene el derecho a cobrar los servicios a mi seguro médico o a mi persona. Y entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-seguro, co-pago, o servicios no cubiertos o negados por parte del seguro. \*Yo también autorizo la liberación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, ajustador o abogado involucrado en mi caso.

Yo el/la paciente e proveído toda la información necesaria a Young Chiropractic & Rehabilitation Center para asegurar el pago puntual y al firmar me responsabilizo a notificar de algún cambio de información.

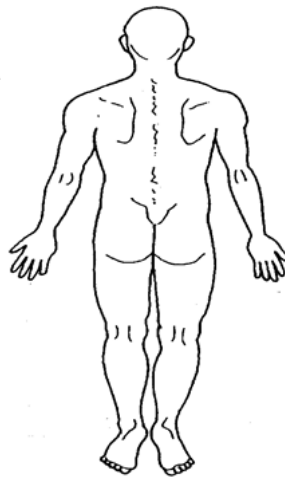
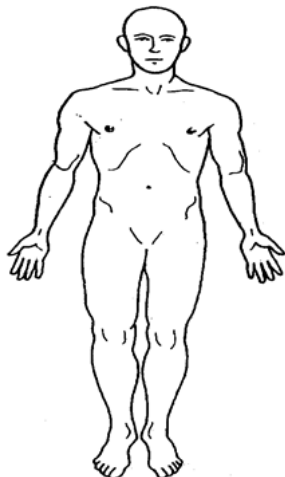
Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a usar mi nombre en la mensajera para pacientes y en los boletines de la oficina para propósito de anuncios y agradecimientos por referir pacientes.

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Problema Principal: Propósito de esta cita: \_\_\_\_\_
2. Que te impide hacer o disfrutar? \_\_\_\_\_
3. Ha tenido alguna vez los mismos síntomas o condición similar? Sí No  
Cuando fue la primera vez que noto los síntomas? \_\_\_\_\_  
Han empeorado los síntomas? Si No Igual Mejor Peor  
Explique \_\_\_\_\_  
Como calificara el dolor? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 siendo el más grave)
4. Cuál es la frecuencia del dolor? Constante Diario Intermitente Anochecer  
Cuánto dura? Todo el día Unas Horas Unos Minutos  
Cuando es peor el dolor? En la mañana En la Tarde Progresivo durante el día No Cambio
5. Ay alguna otra condición o síntoma cual puede estar relacionado con el problema principal?  
Explique \_\_\_\_\_  
a) Ay alguna condición no relacionado a su problema principal? Si No  
Explique \_\_\_\_\_
6. Describa su dolor: \*Dolor Agudo \*Dolor Leve \*Adormecido \*Hormigueo \*Molestia \*Ardor  
\*Cuchillazo \*Otro \_\_\_\_\_
7. Ay algo que pueda hacer que alivie el dolor? Si No Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Que hace peor el problema principal? \*Estar Parado \*Sentado \*Acostado \*Agacharse  
\*Levantando/Sopesando \*Volteando \*Otro \_\_\_\_\_
9. Liste algún otro accidente grave que haiga tenido que no haiga mencionado previamente:  
\_\_\_\_\_



- Dibuje con los símbolos  
donde siente los síntomas**
- >>> Dolor
  - ~ ~ ~ Alfileres y Agujas
  - /// Ardor
  - 000 Punzadas
  - ^^^ Irritado
  - ### Adolorido

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
 Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Historia Medica Personal</b>		
<b>Indique algún problema médico con el que usted fue diagnosticado por un Medico</b>		
<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Tumor Cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Crónica <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Indique todos los medicamentos recetados y/o medicamentos de venta libre (incluyendo vitaminas)</b>		
Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia de Dosis
<b>Alergias a Medicamentos</b>		
Nombre de Medicamento	Reacción Alérgica Ocasionada	
<b>Cirugías y/o Hospitalizaciones</b>		
Año	Razón	Hospital
<b>Enfermedades De Niñez:</b>	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio	

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
 Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Exámenes Previamente Hechos:	<input type="checkbox"/> Angiografía por catéter <input type="checkbox"/> Cardiograma <input type="checkbox"/> Tomografía (TAC) <input type="checkbox"/> Análisis de Sangre <input type="checkbox"/> Cultivos <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética (IRM) <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Electroneurografía (VCM) <input type="checkbox"/> Electromiografía (EMG)
------------------------------	---

Fecha de su último examen físico:

**Historial Familiar**

Pariente	Edad	Causa de Muerte/Problema de Salud	Pariente	Edad	Causa de Muerte/Problema de Salud
Padre			Hijo/a(s)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
Madre				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
Hermano/a(s)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Abuela (Materna)		
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Abuelo (Materno)		
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Abuela (Paterna)		
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Abuelo (Paterno)		

**Historial Social**

<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a
<b>Resido con:</b>	<input type="checkbox"/> Vivo Solo/a <input type="checkbox"/> Vivo con mi Cónyuge y/o familia <input type="checkbox"/> Vivo con _____
<b>Consumo de Alcohol</b>	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casual (<5/semana) <input type="checkbox"/> Moderado (5-10/Semana) <input type="checkbox"/> Excesivo (>10/Semana)
<b>Consumo de Cafeína</b>	<input type="checkbox"/> <3 bebidas/día <input type="checkbox"/> 3-6 Bebidas/día <input type="checkbox"/> >6 bebidas/día
<b>Uso de Tabaco</b>	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Fumador/a casual <input type="checkbox"/> Fumador/a Actual <input type="checkbox"/> Ex Fumador <input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar
<b>Consumo de Drogas Ilícitas</b>	Actualmente usa alguna droga ilícita o drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Alguna vez ha usado alguna droga ilícita o drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Ejercicio</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Nadar
<b>Ocupación</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado Ocupación: _____

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
 Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
 Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Reviso de Sistemas Corporales</b>	
Recientemente ha sufrido de algunos de los siguientes síntomas?	
General	<input type="checkbox"/> Cambio de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofrió <input type="checkbox"/> Debilidad
Cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza -Localizado _____ -Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Trauma a la Cabeza
Ojos	<input type="checkbox"/> Vista borrosa <input type="checkbox"/> ojos llorosos <input type="checkbox"/> Pérdida de visión reciente
Oídos	<input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareos
Respiratoria	<input type="checkbox"/> Falta de Aliento <input type="checkbox"/> Toz <input type="checkbox"/> Sibilancias
Cardiaca	<input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Murmullos <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Sangre en el Excremento
Vascular	<input type="checkbox"/> Hinchazón de Piernas <input type="checkbox"/> Calambres de Piernas <input type="checkbox"/> Dolor de Piernas al Caminar
Muscular	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Problemas de Balance <input type="checkbox"/> Dolor de Coyunturas <input type="checkbox"/> Artritis Gotosa
Neuro	<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Convulsiones
Endocrino	<input type="checkbox"/> Aumento de Sed <input type="checkbox"/> Aumento de Orinar <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides <input type="checkbox"/> Diabetes
Psicológico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés Alta <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria

**Renuncia de Embarazo**

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que el Dr. Peter K. Young D.C. de Young Chiropractic and Rehabilitation Center me ha informado antes de ser radiografiada del posible riesgo y las posibles consecuencias de la recepción de rayos x durante el embarazo. He declarado sobre mi propio conocimiento que no estaba embarazada en el momento y por lo cual deseo liberar y eximir de cualquier acción legal o responsabilidad causada por el uso de este procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento De Tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_, al venir al Medico Quiropráctico, doy permiso y autoridad al doctor de cuidarme y tratarme conforme al diagnóstico revelado en los exámenes y análisis quiroprácticos. El ajuste quiropráctico y/otro procedimiento/tratamiento clínico usualmente benefician al paciente y rara vez causan problemas. En casos raros, en caso de defectos físicos, deformidades, o patologías podrían rendir el paciente sucesible a heridas. El doctor no proporcionara ningún procedimiento/tratamiento/cuidado al paciente si esta consiente en que el procedimiento/tratamiento/cuidado al paciente podría ser contra-indicatorio. Una vez más es la responsabilidad del paciente informarle al doctor de cualquier padecimiento que sufra incluyendo y no limitado a: defectos patológicos latentes, enfermedades, o deformidades cual sin notificación el doctor no tendría conocimiento de su condición(es). El Doctor Quiropráctico proporciona una especialidad, cual los servicios de cuidado de salud no son duplicables. Su Doctor Quiropráctico tiene licenciatura en una práctica especializada y puede trabajar en conjunto con otros tipos de proveedores médicos en su régimen de cuidado de salud.

Yo entiendo que si soy aceptado/a como paciente por el doctor en Young Chiropractic and Rehabilitation Center, estoy dando autorización para proceder con cualquier tratamiento que sea necesario. Además, cualquier riesgo involucrado los tratamientos quiroprácticos serán explicados a mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso sobre prácticas de privacidad  
HIPAA and PHI**

El abajo firmante da reconocimiento de su recibimiento de una copia de parte de nuestra oficina del aviso sobre prácticas de privacidad en conformidad con HIPAA y ha sido avisada que una copia completa del Manual de Pólizas en Conformidad con HIPAA están disponible por solicitud.

El abajo firmante da reconocimiento al uso de su información médica en conformidad con el Manual de Pólizas en Conformidad con HIPAA, prácticas de privacidad en conformidad con HIPAA, Leyes Estatales y Federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Young Chiropractic & Rehabilitation Center  
Peter K. Young, D.C. Chiropractic Questionnaire  
Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Que Esperar Después De Su Primer Ajuste**

**Lea Detenidamente la siguiente información. Firme la parte inferior de la hoja para indicar que comprendo las instrucciones y la información.**

1. Si nunca han sido ajustado, o si ha pasado mucho tiempo desde el último ajuste, puede experimentar dolor o molestia por unas horas o unos pocos días. Esta es una reacción normal a los ajustes de quiroprácticos.
2. Si estas adolorido(a), puede utilizar hielo en la zona afectada. Terapia de hielo consiste en el uso de pequeños paquetes de hielo en intervalos de 20 minutos, seguido por 30 minutos de descanso. Esto puede repetirse tantas veces como sea necesario. No aplicar hielo directamente sobre la piel. Siempre proteja la piel con una cubierta delgada como una cubierta delgada como una camisa o una toalla delgada. Cubra el hielo con un paño grueso para conservar el frío.
3. No use calor excepto bajo instrucciones del médico. Calor puede agravar su lesión.
4. Manténgase alejado de trabajo pesado o movimientos repetitivos hasta que el medico indique que está listo para las actividades normales. Vigorosas actividades deportivas como correr, levantamiento de pesas, aeróbicos, básquetbol, tenis, esquí, etc. deben evitarse. Otras cosas para evitar son trabajos como rastrillar, excavación, levantar objetos pesados como mandado, mascotas y niños y cualquier otra actividad que podría agravar o volverá empeorar su condición.
5. Solo que lo indique el médico, puede volver al trabajo y a la escuela después de su cita.
6. Si un movimiento brusco causa dolor agudo o grave, o si experimenta inflamación, póngase en contacto con la clínica al teléfono 402-339-2283. Después de horas, de oficina por favor deje mensaje y le regresaremos su llamado durante horas de clínica. En caso de Emergencia por favor valla a el hospital o llame al 911.

He leído y entendido las instrucciones dadas para el seguimiento de mi tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizado por el paciente/Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha