



Nuevo formulario de admisión del paciente

Fecha: _____

INFORACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

Numero de Seguro Social: _____

Telefono De Casa: _____ Celular: _____

Numero del Trabajo: _____ Correro electronico: _____

Ocupacion: _____ Nombre De Empleado: _____

Direccion de trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____

Telefono de Emergencia: _____

Como fue referido a nuestra oficina? _____

**Porfavor proporcione una copia de su licencia y seguro. Si se trata de una HMO,
porfavor proporcione una referencia de parte de su médico primario. Gracias.**

QUEJA PRINCIPAL

¿Cuál es la razón principal por la que usted está buscando la atención médica / quiropráctica / rehabilitación?

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

¿Su problema ocurrió después de una lesión de trabajo? () No () Si

Si su respuesta es si, favor de describa _____

¿Su problema ocurrió después de un trauma específica? () No () Si

Si su respuesta es si, favor de describa _____

Por favor, describa brevemente cómo comenzó su problema _____

¿Cuánto tiempo ha tenido su dolor actual? _____

¿Ha tenido dolor como este antes? _____

¿Su dolor a mejorado, empeorado, o se a mantenido igual? _____

Por favor describe su dolor (adolorida, pulsadas, dolor punzante, ardor, entumecimiento, hormigueo, sensación de pesadez, calambres, otro) _____

¿Ha tenido debilidad en los brazos o las piernas que empeora cada día? () Si () No

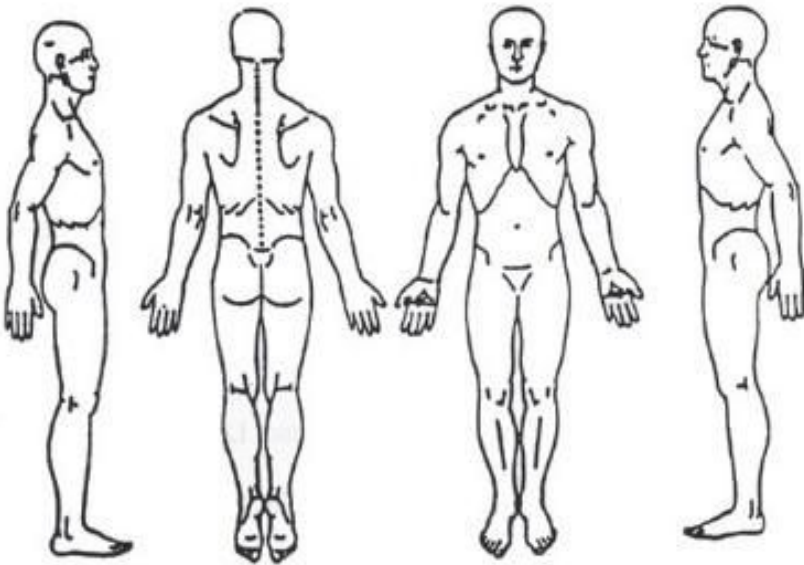
¿Ha tenido una nueva dificultad para orinar, defecar o con la función sexual? () Si () No

Su dolor es peor en el cuello o en el brazo?

() no aplicable () cuello () brazo/mano () igual

Es el peor dolor en la espalda o en el muslo / pierna?

() no aplicable () espalda () muslo/pierna () igual



Dibuje en el diagrama de cuerpo las áreas de dolor con una **X** y las áreas de adormecimiento con una **O**

0 siendo la ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable

Por favor califique su dolor cuando está en su peor (mal día) con una X

0 _____ 5 _____ 10

Sin Dolor

El Peor Dolor

Por favor califique su dolor cuando está en su mejor momento (buenos días) con una X

0 _____ 5 _____ 10

Sin Dolor

El Peor Dolor

Por favor califique su dolor cuando es normal con una X

0 _____ 5 _____ 10

Sin Dolor

El Peor Dolor

¿A qué hora del día es el peor dolor?

() en la mañana () al final del día () en la noche () no importa

Por favor, indique la posiciones que específicamente empeoran su malestar:

() Sentado por mucho tiempo () de pie por mucho tiempo () caminando por mucho tiempo () acostado

() nada aumenta el dolor, es constante. () otro _____

Por favor describa cualquier posición que alivia su malestar:

() Sentado por mucho tiempo () de pie por mucho tiempo () caminando por mucho tiempo () acostado

() nada disminuye el dolor, es constante. () otro _____

¿cuánto tiempo puede sentarse? _____

¿Cuánto tiempo puede soportar? _____

¿Cuánto tiempo puede caminar? _____

¿Qué tratamientos se han probado para esta condición?

() quiropráctica () Era útil () No era útil

() acupuntura () Era útil () No era útil

() otra terapia alternativa _____ () Era útil () No era útil

() terapia física, dónde y cuándo? () Era útil () No era útil

() Inyecciones, si es así (por favor trae su informes de procedimiento)

Tipo de inyección _____ () Era útil () No era útil

Cuando? _____

Donde? _____

() Cirugías para este problema (por favor trae informes operativos)

Tipo de cirugía _____ () Era útil () No era útil

Medicamentos:

Por favor, anote todos sus medicamentos actuales, incluyendo los medicamentos sin receta

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Cantidad de veces al día</u>
---------------	--------------	---------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor anote los medicamentos que a tratado anteriormente para este problema

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Cantidad de veces al día</u>
---------------	--------------	---------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuáles son sus alergias?

Historial Medico

Anote todas las condiciones médicas actuales o pasados

Antecedentes Quirúrgicos

Tipo de Cirugía / Lado

Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial familiar. Marque todo lo que corresponda:

() Problemas del corazón

carrera

() Enfermedad del riñón

cáncer

artritis

diabetes

enfermedad de tiroides

hipertensión

dolor de espalda crónico

otro

la historia social

el consumo de alcohol

Con qué frecuencia

el uso de la medicina alternativa

uso de la cafeína

dificultad financiera

ejercicio

uso de drogas recreativas

el consumo de tabaco

ninguna

mascando tabaco

cigarro

tubo

cigarrillo

ex fumador

Nunca fumado

paquete de cigarrillos por día

¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar

PATIENT AGREEMENT:

TO: PATIENTS OF VANGUARD SPINE & SPORT

Vanguard Spine & Sport specialize in the treatment of the spine and associated pain. We perform various treatments consisting of passive modalities, therapeutic interventions and spinal manipulation. The goal of our services is to reduce and/or eliminate your pain, however, as with any chiropractic and/or physical medicine services there are risks associated with the services we provide.

As your healthcare provider, we feel that it is crucial that you understand these risks. By informing you of these risks we are striving to more actively involve you in your care as well as further assist you in making well-informed decisions regarding your treatment options.

PASSIVE MODALITIES

Passive modalities consist of the following treatments: hot packs, cold packs, ultrasound electrical stimulation, massage, kinesio taping and traction.

The primary risk associated with passive modalities is skin irritation due to exposure to heat, cold or agents used in the application of modalities, i.e. lotions, pads and tape. If you have experienced skin sensitivity to heat, cold temperatures, adhesive and/or lotions or similar products in the past or are aware of any skin allergies, please inform our staff prior to treatment so proper precautions can be made prior to initiating treatment.

THERAPEUTIC INTERVENTIONS

Therapeutic interventions consist of the following types of treatments: stretching, flexibility exercises, strengthening exercises, joint mobilizations and myofascial release.

Therapeutic interventions are generally quite safe though there are risks associated with each of these procedures. The primary risk is potential aggravation of your current condition and/or underlying condition. As with any physical activity and/or exercise there is also the risk of injury. Though this risk is minimal as you are under the direct supervision of experienced clinical staff, it may still exist.

Some responses to therapeutic interventions are muscle soreness, muscle fatigue, increased discomfort, bruising, overall tiredness and/or joint stiffness and/or pain. It is important that you inform your treating staff member of any of these responses following your treatment and more importantly it is crucial that you continue to attend your appointments as scheduled so your condition can be documented and your symptoms effectively managed.

SPINAL MANIPULATION

Spinal Manipulation consists of adjustments that seek to restore normal function to the spine and other joints. Typically, this involves applying a specific, highly controlled treatment directly to a joint or muscle. This treatment often reduces or eliminates both local and referred pain, allows muscle spasms to relax, and may even release the irritation from the nervous system, which may result in other health benefits.

As with any healthcare service there are potential reactions and risks, however as with any healthcare intervention, it is hoped that the expected benefits of spinal manipulation exceed the expected risks. Appropriate measures are taken to lessen the chance of an adverse reaction occurring.

Most common risk is sprain/strain. Rare risk factors potentially include disc herniation, cauda equina syndrome, fracture and vertebrobasilar artery compromise.

PATIENT UNDERSTANDING AND ACCEPTANCE OF RISKS ASSOCIATED WITH TREATMENT

I have reviewed the information provided regarding the benefits and risks of treatment provided at Vanguard Spine and Sport. I have been given the opportunity to discuss my questions and/or concerns and by signing below I acknowledge that I understand and accept the risks associated with my treatment.

Patient Signature _____ **Date** _____

Guardian's Signature _____ **Date** _____