

HISTORIAL CLÍNICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

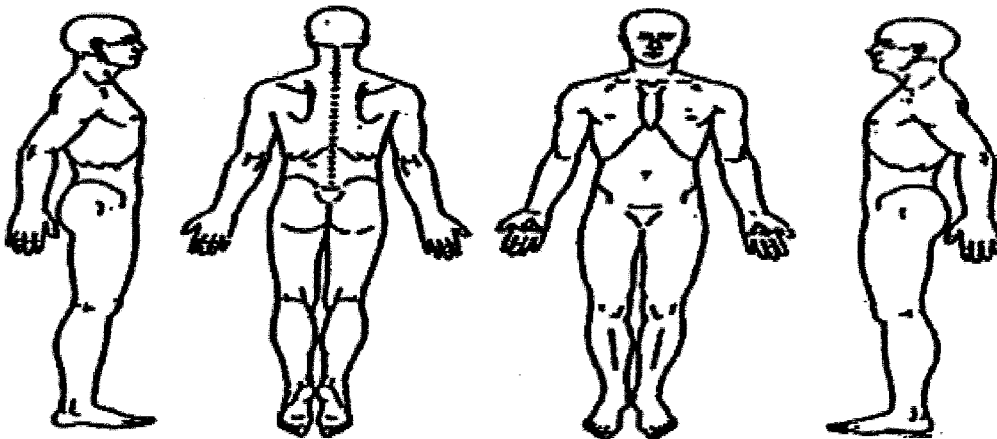
Teléfono de casa # _____ Número de celular # _____

Número de seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Contacto en caso de emergencia (nombre y número de teléfono) _____

1. Es el problema de hoy causado por: Accidente automovilístico Compensación de trabajo

2. Indique en el dibujo debajo donde tiene dolencias/síntomas



3. Que tan frecuente presenta los síntomas?

- Constantemente (76-100% del tiempo) Ocasionalmente (26-50% del tiempo)
 Frecuentemente (51-75% del tiempo) Intermitentemente (1-25% del tiempo)

4. Como describiría el tipo de dolencia?

- Agudo Dormido
 Sordo Hormigueo
 Difuso Agudo con movimiento
 Incomoda Fuerte con movimiento
 Quemante Punzante con movimiento
 Fuerte Eléctrico con movimiento
 Rígido Otro: _____

5. Como cambian sus síntomas con el tiempo?

- Empeoran Se mantienen igual Mejoran

6. Usando una escala del 0-10 (10 siendo lo peor), en que posición colocaría su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (circule el número que mejor lo describe)

7. Cuanto a interferido el problema con su trabajo?

- en lo absoluto un poco moderadamente considerablemente bastante

8. Cuanto ha interferido el problema con su vida social?

- en lo absoluto un poco moderadamente considerablemente bastante

9. Ha quien más a acudido por su problema?

- Quiropráctico Neurólogo Doctor general
 Doctor de emergencia Ortopedista Otro: _____
 Masajista Terapeuta físico Nadie

10. Por cuanto tiempo ha tenido el problema? _____

11. Como cree que comenzó el problema?

12. Considera usted que este problema sea severo?

- Si Si, a veces No

13. Que agrava el problema?

14. Que es lo que más le preocupa de su problema; que es lo que le impide hacer?

15. Cual es su: Estatura _____ Peso _____ Edad _____
 Ocupación _____

16. Como calificaría su salud en general?

- Excelente Muy buena Buena Regular Pobre

17. Que tipo de ejercicio realiza?

- Agitador Moderado Liviano Ninguno

18. Indique si usted tiene algún familiar inmediato con algunas de las siguientes:

- Artritis Reumatoide Diabetes Lupus
 Problemas del corazón Cáncer Esclerosis Lateral Amiotrófica

19. Para cada una de las condiciones en listadas debajo, ponga una 'X' en la columna "pasado" si ha presentado la condición en el pasado. Si usted presenta una actualmente, ponga una 'X' en la columna "presente"

Pasado	Presente	Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angina de Pecho	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piedras en los Riñones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la parte superior del Brazo/Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñone	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la parte superior de la Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas Prostáticos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida o Aumento de peso anormal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida de Apetito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en las Articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema en el Hígado/Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatiga General	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incordinación Muscular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas Visuales	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros: _____				

20. Haga una lista de todas los medicamentos con prescripción médica que esta tomando actualmente:

21. Haga una lista de todos los medicamentos sin prescripción que esta tomando actualmente:

22. Haga una lista de todos las cirugías que se le han realizado:

23. Que actividades realiza en el trabajo?

- Sentarse: Mayor parte del día La mitad del día Poco tiempo durante el día
 De pie: Mayor parte del día La mitad del día Poco tiempo durante el día
 Trabajo en la Computadora: Mayor parte del día La mitad del día Poco tiempo durante el día
 En el Teléfono: Mayor parte del día La mitad del día Poco tiempo durante el día

24. Que actividades realiza fuera del trabajo?

25. Ha sido hospitalizado alguna vez? No Si

Si si, por que _____

26. Ha tenido en el pasado un trauma importante? No Si

27. Algo más que le parezca relevante a su visita el día de hoy? _____

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

HIPAA - Aviso de Procedimientos En Asuntos Confidenciales de Salud

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica protegida (PHI) a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago o en asuntos administrativos relacionados con su salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información médica protegida. La "Información médica protegida" es información que se refiere a usted, e incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios médicos asociados con el tratamiento de esta condición.

1. Uso y Diseminación de Información Médica Protegida

Su información médica protegida podrá ser utilizada y revelada por su médico, el personal en nuestra oficina y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento, con el propósito de proveer servicios médicos para usted, para ayudarlo durante el proceso del pago por los servicios médicos de los que usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le presta sus servicios, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y revelaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proveída a otro médico que el doctor le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

Pago por Servicios: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos de que fue objeto. Por ejemplo, cuando se requiere que ingrese a un hospital, es posible que se requiera que aspectos relevantes de su historial médico protegido, tengan que ser revelados a la compañía de seguros, para obtener la aprobación necesaria para su hospitalización.

Manejo Administrativo de la Información: Usaremos o revelaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas. Por ejemplo, de requerirse, revelaremos su información médica protegida a estudiantes de medicina que tratan a pacientes en nuestra oficina. Además, en la hoja de registro colocada en el mostrador de la oficina, le pediremos que proporcione su nombre, y que indique el nombre del médico que usted desea ver. Le llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando se presente la oportunidad para ver a su doctor. De ser necesario, usaremos o revelaremos su información protegida, para ponernos en contacto con usted y recordarle de su cita en nuestra oficina.

Sin su autorización, cuando sea necesario, usaremos o revelaremos su información médica protegida. Estas situaciones incluyen: cuando sea requerido por la ley, en asuntos concernientes a la salud pública, como lo indica la ley, Enfermedades Contagiosas; Descuido referente a su salud: Abuso o Negligencia: requerimientos de la Secretaria de Salubridad: Procedimientos Legales: Asuntos Policiacos: Médicos Forenses: Directores de Funerarias, y Programas de Donación de Órganos: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y de Seguridad Nacional: Compensación a Trabajadores: Presos: Usos Requeridos y Revelaciones: De acuerdo a la ley, estamos obligados a informarle, y cuando sea requerido por el Directivo de La Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro acatamiento a los requisitos contenidos en la Sección 164.500.

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Se Llevarán Acabo Únicamente Mediante Su Consentimiento y Autorización o Usted Tendrá la Oportunidad de Oponerse a que se Revele esta Información, a menos que ésta sea requerida por la ley.

Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que el doctor o sus ayudantes administrativos hayan tomado una acción basada en los lineamientos descritos en la autorización.

Sus Derechos A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no podrá revisar ni obtener copia de los siguientes expedientes; registros de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o que vaya a ser usada en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, e información médica que la ley prohíbe sea revelada.

Usted tiene el derecho de solicitar que se imponga una restricción a su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitarnos que no se use o divulgue cualquier parte de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, pago o asuntos administrativos. Usted también podrá solicitar que una parte de la información médica protegida no se divulgue a miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su tratamiento, o para efectos de notificación como se describe en este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud. Su solicitud deberá de indicar las restricciones específicas que desea no sean divulgadas y a quienes quiere que estas restricciones se apliquen.

Su médico no esta obligado a obedecer una restricción que usted haya requerido. Si el médico cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, ésta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro Médico.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en otra ubicación. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por parte nuestra. mediante la solicitud respectiva, no obstante que usted haya accedido a aceptar este aviso por un medio alternativo, por ejemplo, por vía electrónica.

Es posible que usted pueda tener el derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si nosotros rechazamos su solicitud de enmienda a su expediente, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y de requerirse, nosotros podríamos preparar una respuesta de refutación a su declaración, si tal respuesta se llegara a preparar, usted tiene el derecho de recibir una copia.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información médica protegida.

En el futuro, nosotros nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le notificaremos por correo si es que se hayan presentado algunos cambios. Entonces usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse como fue indicado con anterioridad en este aviso.

Quejas

Usted podrá presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaria de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted podrá presentar una queja con nosotros, notificando a la persona designada para ello en nuestra oficina. **Si usted presenta una queja, le aseguramos que no habrá represalias por parte nuestra.**

Este aviso fue publicado y toma efecto a partir de/o antes del **14 de abril de 2003.**

La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de, y proveamos a individuos con, este aviso de nuestras obligaciones legales y de los procedimientos en asuntos confidenciales de su salud con respeto a la información médica protegida. Si usted tiene una objeción con respecto a esta forma, pida hablar en persona con nuestro Administrador del Programa HIPAA, o por teléfono al número de conmutador principal.

Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que usted ha recibido este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud.

Firma

Fecha