

# Registro y historial personal



**South OC  
Chiropractic**

Nombre: \_\_\_\_\_ Día de hoy: \_\_\_\_\_

## 1 Condición de Paciente

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Cuando aparecieron sus síntomas? \_\_\_\_\_

Esta empeorando su condición?  Sí  No  No sé

Marque con una X en el dibujo donde usted tiene dolor:

Evalue la severidad de su dolor del 1(poco) al 10(mucho) \_\_\_\_\_

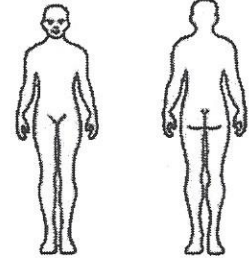
Tipo de dolor:  Fuerte  Agudo  Pulsante  Entumecido  Adolorido  Calmante  
 Ardor  Hormigueo  Calambres  Rígido  Tumido  Otro \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usted tiene dolor? \_\_\_\_\_

Es constante o va y viene? \_\_\_\_\_

¿Interfiere con su:  Trabajo  Dormir  Rutina diaria  Recreación  N/A

Actividades o movimientos que causan dolor:  Sentar  De pie  Caminar  Doblar  Acostado  N/A



## 2 Historia Médica

Qué tratamiento han recibido para su condición?  Medicación  Cirugía  Terapia física  
 Quiropráctica  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otros doctor(es) que han tratado su condición: \_\_\_\_\_

Fecha de la última: Examen físico \_\_\_\_\_ Radiografía \_\_\_\_\_ Examen de la médula espinal \_\_\_\_\_  
 MRI, CT-Scan, Bone Scan \_\_\_\_\_ Prueba de sangre \_\_\_\_\_ Examen de la orina \_\_\_\_\_

Marque "Sí" or "No" para indicar si tiene cualquiera de estas condiciones:

Sida/HIV	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nervio pellizcado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad/depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	trastorno coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desorden de comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	STD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desorden autoimune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pacemaker	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						Otro	_____

## 3 Historia Familiar

Desorden autoimune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estás embarazada?  Sí  No

Por favor anote lesiones/cirugías que ha tenido:	Descripción	Día:
Caídas _____	_____	_____
Lesiones en la cabeza _____	_____	_____
Fracturas _____	_____	_____
Dislocación _____	_____	_____
cirugías _____	_____	_____

**South OC  
Chiropractic**

Teléfono (949) 470-4757  
 Email: drmhamilton@gmail.com  
 southocchiropractic.com

**4****Estilo de vida****South OC  
Chiropractic**

<b>Ejercicio</b>	<b>Actividad de trabajo</b>	<b>Hábitos</b>	<b>Valores</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Trabajo ligero <input type="checkbox"/> Trabajo pesado	<input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Alta tensión	Por favor escriba su interés con el fin de la importación del 1 al 7 (1 mas importante)  _____ Familia _____ Fiscal _____ Social _____ Físico _____ Mental _____ Espiritual _____ Trabajo

**5****Medicamentos****Vitaminas/Suplementos****Alergias**

1) _____ 2) _____ 3) _____ Nombre de farmacia _____ teléfono de farmacia ( ) _____	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> ocasional	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ ¿Con qué frecuencia se producen _____
--	---	---

**6****Información de paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  Casa  Cell  Trabajo  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 # Seguro Social/DL \_\_\_\_\_  Casado(a)  Soltero(ad)  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, contacte \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Cómo se enteró de nosotros/Evento \_\_\_\_\_

**7****Información Pago/Aseguranza**

Quien es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_  
 Pago al contado Nombre responsable \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 programa del gobierno Nombre: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
 Aseguradora de salud Nombre: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Esta política se asocia con  HSA  FSA  HRA?  Si  No  
 Paciente cubierto por un seguro adicional?  Si  No  
 Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre de Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**8****Información de familia**

Nombre de niño(a)	Sexo	Fecha de nacimiento	Nombre de niño(a)	M F	Fecha de nacimiento
_____	M F	_____	_____	M F	_____
_____	M F	_____	_____	M F	_____
_____	M F	_____	_____	M F	_____

**South OC  
Chiropractic**

Teléfonoe (949) 470-4757  
 Email: drmhilton@gmail.com  
 southocchiropractic.com

*Now comes a man. Any one man is a SMALL thing. This man gives an adjustment. The adjustment is a SMALL thing. The adjustment replaces the subluxation. That is a SMALL thing. The adjusted subluxation releases pressure upon nerves. That is a SMALL thing. The released pressure restores health to a man. That is a BIG thing to that man.*

- Dr. D.D. Palmer



**South OC  
Chiropractic**

Dr. Micah Hamilton, D.C  
South OC Chiropractic  
23792 Rockfield Blvd, Suite 210  
Lake Forest, CA 92630

## Formularios de registro medico electrónico

En cumplimiento la obligacion del programa de EHR del gobierno

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Metodo preferido para recordatorios (circule uno): Email/ Telefono/ Correo

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: M/F Idioma preferio: \_\_\_\_\_

Fuma?: Todo los dias/ Ocasional/ Antes fumaba/ Nunca fumo

CMS exige proveedores que reporten raza y etnicidad

Raza (circule uno): Indio Americano/ Nativo de Alaska/ Asiático/

Afroamericano/ Americano/ Hawaiano/ Otro/ No deseo decir

Etnicidad (circule uno): Hispano o Latino/ No hispano o latino/ No deseo decir

Esta tomando medicamentos? (Por favor incluya medicamentos de tienda)

Nombre de medicamento	Dosis y Frecuencia

Tiene alergias a medicamento?

Nombre de medicamento	Typo de reaccion	Fecha de inicio	comentarios adicionales

Elijo a declinar la recepcion de resumen (Estos resumen muchas veces son blancos por tener frecuencia de tratamiento de quiropractica.)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Uso de ofincina

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presion de sangre: \_\_\_/\_\_\_



## Consentimiento para tratamiento de Quiropráctica

¡Felicidades por escoger la forma mas segura y mas natural de cuidado de salud jamas concebido: Quitropractica.

Este enfoque a servido a la gente por mas de 100 años y no causa dolor y es muy efectivo. Este tipo de tratamiento es practicado en todos los estados y en muchos paises del mundo. Hay menos posibilidades de tener efectos secundarios de otro tipos de salud. En ocasiones dolores de cabezas o dolor de musculos puede pasar.

A que ver las estadisticas posibles de efectos secundarios graves:

La #1 causa de muerte en los estados unidos es de medicinas farmaceuticas. (CDC, FDA, NIH sites, also Gary Null: Death by Medicine)

Ataque de corzaon es uno de los mas comun causas de muerte en los estados unidos. La mayoria de genete va al doctor toda las veces y es probable que han tenido una visita reciente.

No hay material conocido que riesgo de tratamiento de quiropractica es mas que del doctor medico. De hecho, cuando todos los factores son juntados, hay mas muertes de malpractica medica o mal dosis de midicamiento que quitropractica.

Cual es el riesgo de ataque de corazon con quiropractia? Virtualmentela chance de que pase es casi zero. El estudio mas grande echo fue en el 2008 en Canada-[www.believiewchiro.com/index.php?p=213660](http://www.believiewchiro.com/index.php?p=213660). Este estudio miro a 12 millones de personas en 9 anos. Los resultados del estudio ensenaron que 53% tubieron ataques de corzon que visitaron a su doctor medico dentro de 30 dias, cuando solo el 4% de las personas tubieron ataques de corazon que visitaron al quiropractico.

En el 2001 el Canadian Medical Association Journal encontro que solo hay 1 entre 5.85 millones riesgo que manipulacion de el cuello departed de un doctor causa un ataque de corazon. Autor David Cassidy, professor de epidemiologia en la Universidad de Toronto dijo que pacientes ya tenian daño de arteria antes de ver un doctor.

Ablando de riesgos asociados con quiropractica, debemos ver los riesgos asociados con no ser ajustados por un quiropractico. Este riesgo tiene 4 componentes en la Asociacion oF Chiropractic Colleges directrices de consentimiento en 2008. Degeneracion de disco, perdida de movilidad, perdida de tono muscular, y calidad de vida bajo son los verdaros riesgos si no se tratan su column dorsal.

Doctores de quiropractica que usan tecnicas de terapia manual son necesarios que avisen los pacientes que hay sierto riesgos asociados con el tratamiento. En particular noten:

a) Que es raro, unos pacientes pueden experimentar simptomias por corto tiempo de agravaciónm fracturas de costillas o tension de ligmaentos musculares.

b) Han avido reportes de casos que causadon ataque de corazones con ajustes de cuello. Evidencia reciente no ha establisado una causa definitiva de ataque de corazon y quiropractica.

c) No hay reportes de casos de dano de disco despues de un ajuste de cuello o espalda.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Noticia de practica privada de South OC Chiropractic

A nosotros nos importa la privacidad de nuestros pacientes y hacemos todo lo posible para proteger la confidencialidad de su informacion medica en esta practica. La nueva legislatura requiere que publiquemos esta noticia oficial de la noticia de practica privada. Uste tiene el derecho a la informacion medica, y esta oficina es requerida por ley que mantenga privacidad de la informacion.

Esta practica es requerida que respete los terminos de la noticia de practica privada actualmente en efecto, y va proveer noticia de sus deberes legales y privacidad de practica con respecto a la informacion de salud. Si usted tiene preguntas de esta noticia, por favor contacte el oficial de privacidad en esta practica.

## Quien seguira esta noticia?

Cualquier profesional de salud autorizado que escriba informacion dentro de su record medico, todos los empleados, staff, y cualquier otro personal en esta practica que ocupe acceso de su informacion debera mantener por esta noticia. Todos subsidientes, asociados de negocios, sitios y ubicacion de esta practica podran partir informacion medica juntos por tratamiento, pagos en proposito de salud en esta noticia. Excepto donde el tratamiento sea involucrado, solamente el minimo de informacion necesario para completar la tarea sera compartido.

## Como podramos usar y revelar informacion medica de uste

Las siguientes categorias describen diferentes modos que podramos usar y revelar informacion medica sin su consentimiento especifico o autorizacion. Ejemplos son provenientes para cada categoria de usos y dichos. No todas las posibilidades de usos y dichos estan enumerados.

**Para tratamiento.** Es posible que nosotros podamos usar informacion medica de usted para proveer a su tratamiento y servicios medicos. Por ejemplo: Tratando a usted para una condicion especifica, podra ser que ocupemos saber si tiene alergias o de lesiones previas o cirugias que pueden influir nuestro proceso de tratamiento.

**Para Pagos.** Nosotros podramos usar y revelar informacion medica de usted para que el tratamiento y servicios que usted a recibido por nosotros podran ser facturados y el pago colectado de usted, una aseguranza o tercerada parte. Por ejemplo: Nosotros podramos necesitar mandar su informacion protegida medica, como su nombre, direccion, dia de visita a la oficina, y codigos que indentifican su diagnosis y tratamiento para su aseguranza para pago.

**Para operaciones de cuidado de salud.** Nosotros podamos usar y revelar informacion medica de usted para las operaciones de cuidado de salud para asegurarse que reciba calidad de cuidado. Por ejemplo: Nosotros podramos usar informacion medica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el rendimiento de nuestro staff.

## Otros usos o divulgaciones que podran ser hechos sin su consentimiento o autorizacion.

- Es requerido durante una investigación de policia
- Para evitar seria amenaza al publico
- Requerido por autoridades militares
- Compensacion de trabajador o algo similar
- Para casos legales
- A un juez de instruccion para identificar un cuerpo
- Un preso, para la oficina de correccion
- Como es requerido por el FDA

Otros proveedores de salud  
Otros ententidares de cobertura  
Otros ententidares de operaciones de salud  
Uso y relevacion requerido por la ley  
Uso y relevacion de violencia domestica  
Vigilancia de actividades de salud  
Y otras actividades de salud publica

Es posible que los contactemos para provenir recuerdos de citas o informacion de su tratamiento y otros beneficios de salud y servicios que podran intersarlo.

#### **Usos y divulgaciones de salud protegida requiriendo su autorizacion por escrito**

Otros usos y divulgaciones de informacion medica no cubierto por esta noticia o leyes que apliquen a nosotros seran solamente con su autorizacion por escrito de usted. Si nos dan autorizacion para usar y relevar su informacion medica de usted, usted podra revocar esa autorizacion, en escrito, en cualquier tiempo. Si usted revoca su autorizacion, nosotros no mas podremos usar o relevar su informacion medica. No podremos devolver divulgaciones que tenemos actualmente que fueron echos por su autorizacion, y somos requeridos de retener nuestros records de tratamiento que emos proveido a usted.

#### **Divulgaciones y cambios a su informacion medica**

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la informacion medica que usemos or relevemos de su tratamiento, pagos o operaciones de salud o a alguien que es implicado en su tratamiento o pagos. no somos requeridos de estar de acuerdo con su propuesta. Si estamos de acuerdo, nosotros vamos a cumplir con su solicitud almenos que la informacion sea necesario en una emergencia. Para solicitar restricciones, debe que estar por escrito al oficial de privacidad en la practica y nos debe que decir que informacion restringir.

**Derecho a contabilidad de no-estandar divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de divulgaciones que emos echo de su informacion medica. Para solicitar una lista, usted debera solicitar por escrito al oficial de privacidad en la practica. Su solicitud debera decir el periodo de tiempo por cuanto quiera recibir una lista de divulgaciones que no sea mas de seize anos, y no podra ser incluido en los dias antes de Abril 14, 2003. Su solicitud debrá indicar en que forma uste quiera la lista. La primera lista durante 12 meses es gratuita. Para listas adicionales, nosotros reservamos el derecho a cobrar por el costo de provener la lista.

**Derecho a enmendar.** Si siente que la informacion medica que tenemos de usted is incorrecta o incompleto, usted podra de enmendar la informacion. Usted tiene el derecho de solicitar una enmenda por tanto tiempo que su informacion sea guardada por nosotros. Para solicitar una enmenda, su solicitud deberan ser echos por escrito y presente lo al oficial de privacidad. Tendra que proveir la razon por que quiere solicitar su enmendar. Nosotros podremos de negar su solicitud para una enmenda so no esta por escrito o no incluye una razon para soportar la solicitud. Tambien podremos negar su solicitud si la informacion no fue creado por nosotros, no es parte de la informacion medica guardaras por la oficina, no es parte de la informacion que no podra inspectar or copiar, o creamos nosotros que no esta completa o exacto la informacion. Si nosotros negamos su enmenda, uste tiene el derecho de escribir un desacuerdo con nosotros. Nosotros podemos preparar una refutacion a su desacuerdo y le daremos una copia de nuestra refutacion. Declaraciones de desacuerdo y correspondiente de refutacion seran guardaros y mandados con solicitudes en el futuro.

# ***South OC Chiropractic***

## **Recepción de la notificación de prácticas de privacidad escrita formulario de reconocimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de South OC Chiropractic's aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o guardian legal

\_\_\_\_\_  
Date

### **\*Para uso de oficina\***

Si el paciente desea no firmar este aviso, por favor indique el tiempo y el día que el aviso fue dado, también la razón de estado y proporcionar documentación de que el paciente se negó a firmar la renuncia.

(Firma del empleado es suficiente)