

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

LightKeeper Chiropractic PLLC
Dr. Christine Fallwell
325 First Colonial Rd Suite A
Virginia Beach, VA 23454
www.lightkeeperchiro.com
757-498-8700

Por favor permítale a nuestro personal de oficina fotocopiar su
Licencia de conducir y tarjeta de seguro. Toda información provista por usted
es confidencial. Nosotros cumplimos con las normas y regulaciones Federales de Privacidad.
Por favor escriba con claridad.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)

¿Ha consultado a un Quiropráctico anteriormente?

No Sí ¿Cuándo?

Patient Number (office use only)

¿A quién le extendemos las gracias por referirle?

¿Quién?

Apellido Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO) Edad

Primer Nombre Segundo Nombre (inicial) Género Raza

Masculino Femenino

Dirección Estado Civil: Casado(a) Etnicidad

Soltero(a) Divorciado(a)

Ciudad Estado Código Postal Viudo(a) Separado(a) Etnicidad

Teléfono de la Casa Teléfono de Celular Nombre de su Cónyuge

Dirección de su Correo Electrónico Nombre de su hijo/hija y Edad

Persona de contacto en caso de Emergencia Teléfono Adicional Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Ocupación de Trabajo Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Empleador Teléfono del Trabajo

Dirección ¿Nos permite llamarle en su trabajo?

Sí No

Ciudad Estado Código Postal ¿Cómo prefiere nos comuniquemos con usted?

Teléfono de la Casa Teléfono de Celular

Teléfono del Trabajo Correo Electrónico / E-mail

Nombre de su Medico Primario

Compañía de Seguro Numero de Póliza

Apellido del Asegurado Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO) ¿Quien es el portador
encargado de la póliza?

Si mismo Cónyuge

Pariente

Primer Nombre Segundo Nombre (inicial)

Empleador del Portador encargado de le póliza de Seguro

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Teléfono del Empleador

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

PAGE
1/4

1. Los síntomas que me promueven a buscar tratamiento en el día de hoy incluyen: _____

2. Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo de Carro Otro _____
 Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
 Es un interés de Bienestar de Salud Otro _____

3. Comienzo (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) _____

4. Intensidad (¿Cuan intenso son sus síntomas actuales?)



5. Duración y Tiempo (¿Cuándo le comenzó y con qué frecuencia lo siente?)

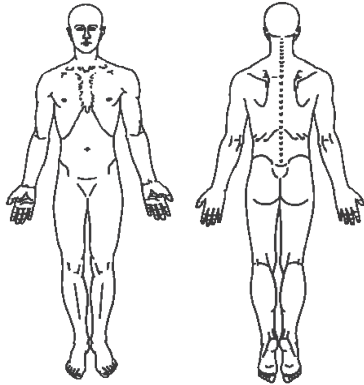
- Constante Viene y Va. ¿Con qué frecuencia? _____

6. Calidad de Síntomas (¿Cómo Se siente?)

- Adormecido
- Cosquilleo
- Rigidez
- Entumecimiento
- Adolorido
- Calambre
- Molestia
- Agudo
- Ardiente/Quemazón
- Pulsátil
- Latiendo
- Punzadas
- Otro _____

7. Ubicación (¿Donde le Duele?)

Marque con "O" condición actual
 Marque con "X" condición anterior



8. Radiación (¿Que otras aéreas del cuerpo le afectan?) _____

9. Factores que agravan o alivian (¿Qué mejora o empeora, tal como tiempo del día, movimientos, ciertas actividades, etc.?)

- ¿Qué le empeora el problema? _____
 ¿Qué le mejora el problema? _____

10. Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados Cirugía Hielo
- Medicamentos sin receta Acupuntura Calor
- Remedio Homeopático Quiropráctico Otro _____
- Terapia Física Masaje _____

11. ¿Qué mas debería Dr. Fallwell saber sobre su condición actual? _____

12. ¿Cómo le interfiere su presente condición para con su:

- Trabajo:** _____
Actividades Recreacionales: _____
Responsabilidades del Hogar: _____
Relaciones Familiares: _____

13. Repaso de Síntomas

El cuidado quiropráctico se enfoca en la integridad de su sistema nervioso, el cual controla y regula su cuerpo Entero. Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted ha tenido o que sufre Actualmente y firme sus iniciales en la línea a la mano derecha.

a. Músculo esquelético

- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Escoliosis | <input type="radio"/> Dolor de Cuello | <input type="radio"/> Problemas de Espalda | <input type="radio"/> Problema de Cadera | |
| <input type="radio"/> Heridas de la Rodilla | <input type="radio"/> Dolor de Pie/Tobillo | <input type="radio"/> Problemas de Hombro | <input type="radio"/> Dolor del Codo / Muñeca | <input type="radio"/> Problemas de Articulación Temporomandibular | <input type="radio"/> Mala Postura | Iniciales _____ |

b. Neurológico

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza | <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Entumecimiento | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

c. Cardiovascular

- | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Presión Alta | <input type="radio"/> Presión Baja | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Mala Circulación | <input type="radio"/> Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Contusiones Excesivas | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

d. Respiratorio

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Apnea | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Fiebre del Heno | <input type="radio"/> Falta de Aire | <input type="radio"/> Neumonía | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

e. Digestivo

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Anorexia/Bulimia | <input type="radio"/> Ulceras | <input type="radio"/> Sensibilidad a los Alimentos | <input type="radio"/> Acidez Estomacal | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Diarrea | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

f. Sensoriales

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Visión Borrosa | <input type="radio"/> Zumbidos en Los Oídos | <input type="radio"/> La Pérdida de Audición | <input type="radio"/> Infección crónica del oído | <input type="radio"/> Pérdida del Cabello | <input type="radio"/> Pérdida del Gusto | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

g. Integumentario

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Cáncer de Piel | <input type="radio"/> Psoriasis | <input type="radio"/> Eczema | <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Caída del Cabello | <input type="radio"/> Erupción/Sarpullido | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

Nombre del Paciente _____

Patient Number (office use only) _____

Consultation Notes

Doctor's Initials _____

LightKeeper Chiropractic PLLC
Dr. Christine Fallwell

(Continued from previous page)

h. Endocrino

- Tenia/Tiene Problemas De Tiroides Enfermedades Inmunologicas Hipoglucemia Infecciones Frecuentes Glándulas Inflamada s Poca Energía NINGUNO

i. Genitourinario

- Tenia/Tiene Piedra en el Riñón Infertilidad Se orina en la cama Problemas de Frecuentes Disfunción Eréctil Síndrome Premenstrual NINGUNO

j. Constitucional

- Tenia/Tiene Desmayos Libido Bajo Poco Apetito Fatiga Repentino cambio en peso Debilidad NINGUNO

Nombre del Paciente _____

Patient Number (office use only) _____

Todo otro Síntoma es Negativo

Personal pasado, Historial de Familia y Social

Favor de indicar su historial pasado de salud, incluyendo accidentes, heridas, enfermedades y tratamientos. Favor de completar cada sección en su totalidad.

PERSONAL	14. Enfermedades Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.	15. Operaciones Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.	16. Tratamientos Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.
	Tenia/Tiene <input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDA	Tenia/Tiene <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis	Pasado <input type="radio"/> Presente <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alcoholismo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Tifoidea	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Acupuntura
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ulceras	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Antibióticos
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Arteriosclerosis	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Pastillas Anticonceptiva
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Transfusiones de Sangre
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Varicela	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Quimioterapia
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Quiropráctico
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hierbas
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Bocio	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Homeopáticos
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Gota	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Remplazo Hormonal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Inhalador
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Masajes
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Malaria	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapia Física	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarampión	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Suplementos Naturales:	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple	_____	Lista: _____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Las Paperas	_____	_____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Polio	_____	_____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática	_____	_____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Escarlatina	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Medicamentos:	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedades Sexuales	_____	_____	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Derrame Cerebral	_____	_____	
17. Heridas Alguna vez ha tenido...	<input type="radio"/> Hueso Roto o fracturado	<input type="radio"/> Que Usar Muletas	
<input type="radio"/> Problema de Columna/Nervios	<input type="radio"/> Que Usar Cuellera	_____	
<input type="radio"/> Pérdida de Consciencia	<input type="radio"/> Respaldo Lumbar	_____	
<input type="radio"/> Golpes en un Accidente	<input type="radio"/> Un Tatuaje / Perforación	_____	

Consultation Notes

18. Historial de Familia

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígame a Dr. Fallwell sobre la salud de sus familiares inmediatos.

	Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud		Enfermedades	Edad al Morir	Causa de Muerte	
			Buena	Pobre			Natural	Enfermedad
FAMILIA	Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hermana	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ¿Existen alguna otra enfermedad de salud que sea hereditaria? _____

20. Historial Social

Favor de anotarle a Dr. Fallwell sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.

SOCIAL	Uso de Alcohol	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Oración o Meditación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Café	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Presión/Estrés en el Trabajo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Tabaco	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Paz Financiera	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Ejercicios	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	¿Vacunado?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Medicamentó para el Dolor	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Calzas de Mercurio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Refrescos/Soda	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Drogas Recreacionales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Consumo de Agua	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____		
Pasatiempos/Aficiones: _____					

Doctor's Initials _____

LightKeeper Chiropractic PLLC
Dr. Christine Fallwell

21. Actividades de Vida cotidiana

¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantándose de una silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiendo las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montándose/Bajándose del Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando el Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando por encima del Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a su Familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas del Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando Objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando cosas altas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañándose / Duchándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Intima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logrando el Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniéndose Dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando en el Patio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre del Paciente _____

Patient Number
(office use only)

22. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? _____ 23. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? _____ Horas

24. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? _____ 25. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? _____

26. ¿Describe sus hábitos de alimentación? Olvido Desayuno Dos comidas diarias Tres Comidas diarias Meriendo entre comidas

27. ¿Qué sería lo más significativo que haría para mejorar su salud? _____

28. Además del motivo de su visita, ¿Qué otras metas de salud tiene usted? _____

Aceptación

Para establecer expectativas claras, mejorar la comunicación y ayudarle a obtener los mejores resultados en el tiempo más razonable, por favor lea e indique con sus iniciales que usted ha entendido y está de acuerdo.

Iniciales _____ Yo le autorizo al Quiropráctico a que aplique el tratamiento, que bajo su opinión profesional, mejor me pueda ayudar a restaurar mi salud. Además comprendo que el cuidado quiropráctico que me sea brindado en esta clínica está basado en la mejor evidencia disponible y diseñado para reducir o corregir la subluxación vertebral. La Quiropráctica es un arte curativo que es distinto e independiente de la medicina y no proclama a curar ninguna enfermedad.

Iniciales _____ Yo tengo el derecho de solicitar una copia de los "Derechos de Privacidad" y entiendo que en ellos se describe como mi información de salud es protegida y suministrada en mi representación para el reembolso de cualquier otra tercera entidad.

Iniciales _____ Yo entiendo que un examen de radiografía (RAYOS-X) puede ser dañino a una criatura en el vientre. Por lo cual Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento que no estoy en estado de embarazo. El primer día de mi último ciclo menstrual fue: (MM/DD/Año): _____

Iniciales _____ Yo autorizo que se me llame para confirmar o cambiar mi cita y que se me envíe correspondencia por correo postal o electrónico como una extensión de mi cuidado de salud de esta oficina.

Iniciales _____ Yo acepto que cualquier seguro de salud que yo pueda tener es un acuerdo entre esa compañía de seguro y mi persona. Yo me hago personalmente responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba al no ser cubierto o pagado por la compañía de seguro.

Iniciales _____ En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.

Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo: _____

Firma _____

Fecha (MM/DD/AÑO) _____

Consultation Notes

Doctor's Initials

LightKeeper Chiropractic PLLC
Dr. Christine Fallwell