

Kramer Chiropractic
20414 Farmington Rd, LIVONIA, MI 48152
248.615.1533

New Patient History Form (Forma del historial de un nuevo paciente)

Date (Fecha): _____

Name(Nombre): _____ Address(Dirección): _____

City(Ciudad): _____ State(Estado): _____

Zip Code(Codigo Postal): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____ Sex(Sexo): M F Height(Altura): _____

Weight (Peso): _____

Home Phone (Número fijo): _____ Cell Phone(Número móvil): _____

Email(Correo electronico): _____

Business Employer (Empleador): _____

Type of Work(Tipo de trabajo): _____ Part(Medio tiempo) Full Time (Tiempo completo)

Referred to this Office by (Fui referido a este consultorio por): _____

Name and number of Emergency Contact (Nombre y número de contacto de emergencia): _____

Relationship (Relación): _____

Personal Health Insurance Carrier(Aseguradora): _____ Ins. Card Number(Número de tarjeta de seguro): _____

Insured Persons Name(Persona asegurada): _____

Date of Birth of Insured Person(Fecha de nacimiento de la persona asegurada): _____

Primary Care Physician (Médico de atención primaria): _____ City(Ciudad): _____
Phone Number(Número de teléfono): _____

Current Health Condition (Actual condición de salud)

1. Primary Complaint (Principales problemas): _____

2. When did this problem start (¿Cuándo empezaron estos problemas?): _____

Have you had this condition before (¿Habías tenido este problema antes?): Y /N (si/no)

3. Describe the Pain (Describe el dolor): Sharp(Fuerte/ agudo) Dull(Crónico o persistente)
 Throbbing(Palpitante) Burning(ardiente/ quemador) Other (Otro) _____
4. Rate your pain on a scale of 1-10, 10 being bedridden(Evalúa tu dolor en la escala del 1-10 siendo 1 no poderse levantar de la cama) _____
5. Briefly How has the pain affected your life (Brevemente describa como el dolor le ha afectado en su vida): _____

Major Accidents, Injuries, falls, and/or Hospitalizations (excluding surgery)

Accidentes Mayores, lesiones, caídas y/o hospitalizaciones (Excluyendo cirugías)

- | (Tipo) | (Cuando) | (¿Fue hospitalizado?) | (si/no) |
|---------------|------------|-----------------------|--|
| 1. Type _____ | When _____ | Hospitalized? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Type _____ | When _____ | Hospitalized? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Type _____ | When _____ | Hospitalized? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

For office use only (Para uso de oficina solamente): L R BP _____ P _____

Past Health History(Historial de salud pasado)

- Surgeries and Year(Cirugías y año):** NONE(Ninguna) Appendectomy(Apendectomía) _____
 Gall Bladder(Vesícula biliar) _____ Hernia(Hernia) _____ Cardiac Surgery(Cirugía cardiaca) _____
 Disc Surgery(Cirugía de disco) _____ Back/Neck spinal (Espalda/cuello espinal) _____
 Broken Bones(Huesos rotos) _____
 Other(Otros) _____

CHECK OFF ANY OF THE FOLLOWING DISEASES YOU HAVE/HAD:

Marca cualquiera de las siguientes enfermedades que tienes o has tenido

- Cancer (Cáncer) Heart Disease(Enfermedades del Corazón) Diabetes(Diabetes) Mental Disorder (Desorden mental) Arthritis(Artritis) Anemia(Anemia) Epilepsy(Epilepsia)
 Other(Otros) _____

Have you tested positive for HIV (Has sido diagnosticado VIH positivo) YES (Si) NO(No)

DAILY INTAKE(Ingesta diaria)

- Coffee(Café) Amt per week(Porción semanal) ____ Cigarettes (Cigarro) Amt per week(Porción semanal) ____
 Tea (Té) Amt per week(Porción semanal) ____
 Alcohol(Alcohol) Amt per week(Porción semanal) ____
 White Sugar(Azucar blanca) Amt per week(Porción semanal) ____

Exercise(Ejercicio)

- None (Ninguno) Mild (Ligero) Moderate (Moderado)
- Competitive (Competitivo)

Type(Tipo)_____ Type(Tipo)_____ Type(Tipo)_____

CHECK ANY OF THE FOLLOWING YOU HAVE HAD IN THE PAST 6 MONTHS:

Marca aquellos siguientes que ha tenido en los pasados 6 meses

MUSCULO-SKELETAL

- HEADACHES(Dolores de cabeza)
- Neck Pain(Dolor de cuello)
- Shoulder/ Arm Pain(dolor de hombro/brazo)
- Wrist Pain – CTS(Dolor de muñeca)
- Mid Back Pain(Dolor en espalda media)
- Low Back Pain(Dolor en espalda baja)
- Hip/ Knee Pain(Dolor de cadera/ rodilla)
- Leg/Foot Pain(dolor de pierna/ pie)
- Difficulty Walking(Dificultad para caminar)
- Joint Stiffness (Rigidez de articulaciones)
- None(Ninguna)

NERVOUS SYSTEM

- Stress (Estrés)
- Numbness/ Burning (Entumecimiento/Ardor)
- Paralysis(Parálisis)
- Dizziness (Mareo)
- Forgetfulness (Olvido)
- ADD/ ADHD (TDA/ TDAH)
- Easily Confused(confusion con facilidad)
- Depression (Depresión)
- Seizures/ Convulsions (Convulsiones)
- Tingling Extremities (Hormigueo en las extremidades)
- Fatigue (Fatiga)
- Loss of Sleep(Perdida de sueño)
- Fever(Fiebre)
- None(Ninguno)

GASTRO-INTESTINAL

- Poor/ Excessive Appetite(Apetito pobre/excesivo)
- Excessive Thirst (Sed excesiva)
- Frequent Nausea(Nauseas frecuentes)
- Vomiting(Vomito)
- Diarrhea/ Constipation (Diarrea/ Estreñimiento)
- Hemorrhoids (Hemorroides)
- Liver Problems(Problemas de hígado)
- Gallbladder – Burping (Vesícula Biliar – Eructos)
- Weight Trouble (Problemas de peso)
- Abdominal Cramps (Cólicos abdominales)
- Gas Bloating After Meals (Inflamacion por gases despues de cada comida)
- Reflux/ Heartburn/Ulcer (Reflujo/acidez estomacal/úlcer)
- None(Ninguno)

GENITO-URINARY

- Bladder Problems (Problemas de vejiga)
- Painful/ Frequent Urination(Orinar con frecuencia/dolor)
- Kidney Stones/ Infections (Piedras en los riñones/infecciones)
- Dribble Urine(goteo de orina)

C-R-V

- Stroke(Infarto)
- Chest pain (Dolor de pecho)
- Short Breath(Dificultad para respirar)
- High Blood Pressure(Hipertensión)
- Irregular Heartbeat(Latidos de Corazón irregular)
- Heart Problem(Problemas del Corazón)
- Lung Problems/ Congestion(Problemas pulmonares/congestion)
- Ankle Swelling (Hinchazón de tobillos)
- None (Ninguno)

ENT

- Sore Throat (Dolor de garganta)
- Vison Problems (Problemas de la vista)
- Ear Aches(Dolor de oídos)
- Sinus-Pressure/ Infections (sinusitis/ infecciones)
- Hearing Difficulty(Dificult para escuchar)
- Allergies (type) (Alergias y tipo) _____
- None(Ninguno)

MALE/ FEMALE

- Menstrual Cramps(Cólicos menstruales)
- Prostate/ Sexual Dysfunction(Próstata/ disfunción sexual)
- Menstrual Irregularity(Menstruación irregular)
- Breast Pain/ Lumps (Dolores de seno/ Bultos en senos)
- Other(otros)_____

FAMILY HISTORY

- Diabetes(Diabetes)
- Heart Disease(Enfermedades del Corazón)
- Stroke(Infarto)
- High Blood Pressure (Hipertensión)
- Cancer (Cancer):_____
- None(Ninguno)

FEMALES ONLY (Solo mujeres):

When was your last period? (¿Cuándo fue tu último periodo?):

Are you Pregnant? (¿Estas embarazada?)

YES (si) NO(no) NOT SURE (No estoy segura)

ACTIVITIES OF LIFE

Please Identify how your current condition is affecting your ability to carry out activities that are routinely part of your life (Por favor identifica como tu actual condición está afectado tu habilidad para llevar a cabo las actividades de tu vida diaria):

ACTIVITIES(Actividades)

EFFECT(Efecto):

	Sin efecto	Doloroso(Puedo hacerlo)	Doloroso (Limite)	No puedo realizarlo
Carrying Children/ Groceries (Cargar a un niño/ compras)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Sit to Stand(Sentarse para ponerse de pie)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Climb Stairs(Subir escaleras)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Pet Care(Cuidar a tu mascota)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Extended Computer use (Uso prolongado de computadora)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Lift Children/ Groceries (Levantar a un niño/ compras)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Read/ Concentrate (Leer/ concentrarse)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Getting Dressed(Vestirse)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Shaving(Resurarse)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform
Sexual Activities(Actividad sexual)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Perform

Sleep(Dormir)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Static Sitting (Sentarse de manera estatica)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Static Standing (Estar parado estaticamente)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Yard Work(Trabajo de jardinería)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Walking(Caminar)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Washing/ Bathing (Bañarse/ baño en la tina)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Sweeping/ Vacuuming (Barrer/ aspirar)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Dishes(Lavar trastes)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Laundry(Lavar ropa)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Garbage(Sacar la basura)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Driving(Manejar)	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform
Other(Otros): _____	<input type="checkbox"/> No Effect	<input type="checkbox"/> Painful (can do)	<input type="checkbox"/> Painful (Limits)	<input type="checkbox"/> Unable to Preform

List Prescription & Non- Prescription drugs you take (Liste los medicamentos recetados y sin receta que toma):

Patient Signature(Firma del paciente): _____

Today's Date (Fecha de hoy): __/__/__

This Office conforms to current HIPAA guidelines. You may request a copy of our HIPAA policy at the front desk (Esta oficina sigue los lineamientos de la ley HIPAA para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de los expedientes médicos. Puede solicitar una copia de nuestra política HIPAA en la recepción.)

Patient Signature(Firma del paciente): _____

Today's Date(Fecha de hoy): __/__/__

I understand and agree that health and accident insurance policies are an agreement between an insurance carrier and myself. Furthermore, I understand that the Doctor's Office will prepare and necessary and forms assist me in making collection from the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to the Doctor's Office will be credited to my account on receipt. However, I clearly understand and agree that all services rendered to me or charge directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate, any fees for professional services rendered me will be immediately due and payable. I hereby authorize the doctor to treat my condition, as he or she deems appropriate through use of manipulation throughout my spine. The x-ray negatives will remain the property of this office, being on file where they may be seen at any time while a patient at the office. The patient also agrees that he or she is responsible for all bills incurred at this office. The doctor will not be held responsible for any pre-existing medical diagnose conditions, nor for any medical diagnosis.

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que el consultorio médico preparará los formularios necesarios y me ayudarán a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarse directamente al consultorio médico se acreditará a mi cuenta al recibirlo. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios son prestados a mí o me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o termino, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me hayan prestado vencerá y será pagadera de inmediato. Por la presente autorizo al médico a tratar mi condición, según lo considere apropiado, mediante el uso de manipulación en toda mi columna vertebral. Los negativos de rayos X seguirán siendo propiedad de esta oficina, estando archivados donde se pueden ver en cualquier momento mientras un paciente esté en la oficina. El paciente también acepta que él o ella es responsable de todas las facturas incurridas en esta oficina. El médico no será responsable de ninguna condición de diagnóstico médico preexistente, ni de ningún diagnóstico médico.

The statements made on this form are accurate to the best of my recollection and I agreed to allow this office to examine me for further evaluation.

(Las declaraciones hechas en este formulario son precisas según mi leal saber y entender y acepté para permitir que esta oficina me examinara para una evaluación adicional)

Patient Signature (Firma del paciente): _____

Today's Date(Fecha de hoy): __/__/__

Informed Consent (Consentimiento informado)

Regarding: Chiropractic Adjustments, Modalities, and Therapeutic Procedures (Con respecto a: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades y Procedimientos Terapéuticos):

I have been advised that chiropractic care, like all forms of healthcare, hold certain risks. While the risks are more often very minimal, in rare cases, complications such as sprain/ Strain injuries, irritation of a disc condition, and although rare, minor fractures, and possible stroke, which occurs at a rate between one instance per One million to one per Two million, has been associated with chiropractic adjustments.

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien los riesgos suelen ser mínimos, en casos raros, complicaciones como esguinces/lesiones por distensión, irritación de una afección del disco y, aunque es poco común, fracturas menores y posible accidente cerebrovascular, que ocurre a una tasa de entre un millón y un millón. uno por dos millones, se ha asociado con ajustes quiroprácticos.

Treatment objectives as well as the risks associated with chiropractic adjustments and, all other procedures provided at Kramer chiropractic PC have been explained to me to my satisfaction and I have conveyed my understanding of both to the doctor. After careful consideration, I do here by consent to treatment by any means, method, and or techniques, the doctor deems necessary to treat my condition at any time throughout the entire clinical course at my care.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en Kramer Chiropractic PC me han sido explicados a mi satisfacción y he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para recibir tratamiento por cualquier medio, método o técnica que el médico considere necesario para tratar mi afección en cualquier momento durante todo el curso clínico a mi cargo.

Patient Signature (Firma del paciente): _____

Today's Date (Fecha de hoy): __/__/__