

Cuestionario de Evaluación Funcional

Nombre: _____ Fecha de evaluación: _____

Utilizando la siguiente clave, circule una contestación para cada actividad indicando su capacidad para llevarlas a cabo

Clave: (0 = normal) (1 = Dificultad mínima) (2 = Dificultad moderada) (3 = muy difícil) (4 = incapaz de hacerlo)

Actividad	Puntuación				
1. Dormir	0	1	2	3	4
2. Sube y baja escaleras	0	1	2	3	4
3. Cocinar y comer alimentos	0	1	2	3	4
4. Caminar	0	1	2	3	4
5. Asearse (bañarse, peinarse, afeitarse, etc.)	0	1	2	3	4
6. Levantarse o acostarse en la cama	0	1	2	3	4
7. Vestirse	0	1	2	3	4
8. Amarrarse los zapatos	0	1	2	3	4
9. Levantar y cargar hasta 10 libras	0	1	2	3	4
10. Mantenerse sentado por un periodo de tiempo razonable. (1hr)	0	1	2	3	4
11. Mantenerse de pie por un periodo de tiempo razonable. (1hr)	0	1	2	3	4
12. Usar los brazos para alcanzar algo sobre el nivel de la cabeza.	0	1	2	3	4
13. Hacer deportes o actividades recreativas	0	1	2	3	4
14. Ponerse en cuclillas para levantar algo	0	1	2	3	4
15. Correr	0	1	2	3	4
16. Manejar un vehículo de motor	0	1	2	3	4
17. Requisitos de la posición- Realizar todas las actividades requeridas en tu trabajo	0	1	2	3	4

Escala de dolor: Por favor circule el número que mejor describe el dolor que ha experimentado en la última semana, siendo el 0 ningún dolor y el 10 el peor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y TRANSACCIONES U OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD

LA LEY FEDERAL 'HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT*' (HIPAA) DEL 1996 REQUIERE QUE SE LE NOTIFIQUE AL PACIENTE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD Y QUE SE EVIDENCIE DICHA NOTIFICACIÓN.

SIN EMBARGO, LA LEY 194 DEL 2000 CONOCIDA COMO LA CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE REQUIERE QUE PARA PODER PROVEERLE NUESTROS SERVICIOS DEBEMOS OBTENER SU CONSENTIMIENTO PARA PROVEERLE EL CUIDADO DE SALUD QUE NOS SOLICITA Y QUE INCLUYE SU PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO, PAGO Y OTRAS TRANSACCIONES U OPERACIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD. QUE LLEVA A CABO EL CONSULTORIO MÉDICO.

POR LO TANTO, REVISE ESTE CONSENTIMIENTO CON MUCHO CUIDADO. AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO USTED AUTORIZA Y ESTÁ DE ACUERDO CON LO QUE LE OFRECE EL CONSULTORIO MÉDICO, EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU SALUD Y DIVULGUE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LLEVAR A CABO TRATAMIENTOS, PAGOS O CUALQUIER OTRA TRANSACCIÓN U OPERACIÓN PARA EL CUIDADO DE SU SALUD.

YO, _____, DOY MI CONSENTIMIENTO AL CONSULTORIO MÉDICO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO PARA LA CONDICIÓN DE SALUD POR LO CUAL ACUDO A ESTA OFICINA.

ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A:

- QUE SE PROVEA INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ADECUADA, ASÍ COMO LA OPORTUNIDAD REAL DE PARTICIPAR EN LAS DECISIONES RELACIONADAS CON MI CUIDADO MÉDICO Y DE SALUD, DE MANERA QUE MI CONSENTIMIENTO SEA VALIDO PARA DICHAS DECISIONES.
A DISCUTIR OPCIONES DE TRATAMIENTO.
- A CONOCER DE LOS RIESGOS, COSTOS, PROBABILIDADES DE ÉXITO O FRACASO EN DICHAS OPCIONES DE TRATAMIENTO.
- A REHUSARME O DECIDIR DICHO TRATAMIENTO.
- A DESIGNAR A UNA PERSONA COMO TUTOR EN CASO DE QUE SEA NECESARIO PARA QUE ESA PERSONA DESIGNADA COMO TUTOR PUEDA TOMAR DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO, PAGO O SERVICIOS NECESARIOS PARA MI CUIDADO DE SALUD.
- SER INFORMADO DE DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, MEDICACIÓN, POSIBLES RIESGOS, O BENEFICIOS.

ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- RESPETAR LA RAZA, PROCEDENCIA, RELIGIÓN, SEXO, EDAD, E IMPEDIMENTOS DE LAS DEMAS PERSONAS EN LA CLÍNICA.
- MANTENER SU ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD EN LAS CITAS.
COMUNICARSE CON LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN SOBRE DIFERENCIAS DE OPINIÓN EN SU TRATAMIENTO, DUDAS, PREFERENCIAS, CAMBIOS DE CITAS O AUSENCIAS Y COOPERAR EN EL TRATAMIENTO.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS SEGUN INDICADO Y SEGUIR EL TRATAMIENTO ORDENADO.
COMUNICARSE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE IRREGULARIDADES O PERJUICIOS QUE OCASIONE ALGÚN MEDICAMENTO O TRATAMIENTO.
- MANTENER UNA CONDUCTA ADECUADA Y RESPETUOSA MIENTRAS ASISTE A MI OFICINA.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO USTED AUTORIZA AL CONSULTORIO MÉDICO SU FUERZA TRABAJADORA (QUE DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL HIPAA INCLUYE NO SOLO EMPLEADO(A)S REGULARES O PARCIALES, SINO TAMBIÉN VOLUNTARIOS) Y SUS ASOCIADOS DE NEGOCIO, A QUE USEN Y DIVULGUEN SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO, TRANSACCIONES Y OPERACIONES DE SALUD.

Yo, _____, CERTIFICO QUE HE LEÍDO LAS DISPOSICIONES DE ESTE CONSENTIMIENTO, QUE LO ENTIENDO Y QUE ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN EL MISMO.

FIRMA DEL PACIENTE



Fecha: _____ # Record: _____

Nombre: _____ I. _____

Apellidos: _____

Dirección Postal: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ País: _____

Código Postal: _____

Teléfono celular: () _____ - _____

Teléfono Trabajo: (787) _____ - _____

Ext: _____

Teléfono Casa: (787) _____ - _____

¿Para confirmar sus citas que prefiere?

Mensaje de texto Llamada Personal

e-mail: _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (mes/día/año)

Estado Marital: Cas Viud Solt Div

Ocupación del Paciente: _____

Nombre de la compañía: _____

Nombre del Tutor: _____

¿Cómo se entero de la compañía? _____

Si fue por paciente dé nombre

¿Ha visitado otro Quiropráctico? SI NO

Nombre del doctor y localización de oficina:

¿Está usted bajo cuidado médico actualmente? SI NO

¿Porque? _____

Nombre de los medicamentos que está tomando:

¿Tiene usted seguro Médico? SI NO

Nombre del Seguro: _____

¿Es usted el asegurado primario? SI NO

**Si contesta que NO, dé información del
ASEGURADO PRIMARIO**

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Compañía para la que trabaja: _____

Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año)

Sexo: F M

Relación con el Paciente: _____

Cuestionario de Toxicidad y Deficiencias Nutricionales

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Peso aproximado _____

Sexo: Masculino Femenino

Vegetariano: Sí No

INSTRUCCIONES: Rellene solo los círculos que se aplican a usted.

- ○ ○ Síntomas LEVES (ocurre raramente)
- ● ○ Síntomas MODERADOS (ocurre varios veces al mes)
- ○ ● Síntomas AGUDOS (ocurre casi constantemente)
- ○ ○ Deje en BLANCO los círculos que no le aplican a usted.

1 2 3 GRUPO 1

- 1 ○ ○ ○ Malestar por alimentos ácidos
- 2 ○ ○ ○ Con frecuencia le dan escalofríos
- 3 ○ ○ ○ Siente un nudo en la garganta
- 4 ○ ○ ○ Boca-ojos-nariz seca
- 5 ○ ○ ○ El pulso se acelera después de las comidas
- 6 ○ ○ ○ Agitada(o) no puede calmarse
- 7 ○ ○ ○ Las cortaduras sanan despacio
- 8 ○ ○ ○ Le dan náuseas fácilmente
- 9 ○ ○ ○ No puede relajarse; se sobresalta fácilmente
- 10 ○ ○ ○ Las extremidades frías, sudorosas
- 11 ○ ○ ○ Le irrita la luz fuerte
- 12 ○ ○ ○ Cantidad de orina reducida
- 13 ○ ○ ○ El corazón le palpita fuerte después de irse a la cama
- 14 ○ ○ ○ Un estómago "nervioso"
- 15 ○ ○ ○ Falta de apetito
- 16 ○ ○ ○ Con frecuencia tiene sudores fríos
- 17 ○ ○ ○ Fiebre se eleva con rapidez
- 18 ○ ○ ○ Dolor de nervios
- 19 ○ ○ ○ Mirada fija, parpadea poco
- 20 ○ ○ ○ Con frecuencia acidez en el estómago

GRUPO 2

- 21 ○ ○ ○ Rigidez en los músculos al levantarse
- 22 ○ ○ ○ Calambres en los músculos-pierna-dedos en la noche
- 23 ○ ○ ○ Un estómago con "mariposas", cólicos
- 24 ○ ○ ○ Ojos lagrimosos o nariz acuosa
- 25 ○ ○ ○ Parpadeo frecuente
- 26 ○ ○ ○ Párpados inflamados, hinchados
- 27 ○ ○ ○ Indigestión después de las comidas
- 28 ○ ○ ○ Siempre está con hambre, se siente "mareado" frecuentemente
- 29 ○ ○ ○ Digestión rápida
- 30 ○ ○ ○ Vomita frecuentemente
- 31 ○ ○ ○ Ronquedad frecuente
- 32 ○ ○ ○ Respiración irregular
- 33 ○ ○ ○ Pulso lento, se siente "irregular"
- 34 ○ ○ ○ Náuseas, reflejos lentos
- 35 ○ ○ ○ Dificultad en tragar
- 36 ○ ○ ○ Estreñimiento, diarrea alternada
- 37 ○ ○ ○ "Es lento al inicio de algo"
- 38 ○ ○ ○ No siente escalofríos con frecuencia
- 39 ○ ○ ○ Suda fácilmente
- 40 ○ ○ ○ Circulación deficiente, sensible al frío
- 41 ○ ○ ○ Sujeto a resfriados, asma y bronquitis

GRUPO 3

- 42 ○ ○ ○ Come cuando está nervioso(a)
- 43 ○ ○ ○ Apetito excesivo
- 44 ○ ○ ○ Le da hambre entre las comidas
- 45 ○ ○ ○ Irritable antes de las comidas
- 46 ○ ○ ○ Le da "temblores" si está hambriento(a)
- 47 ○ ○ ○ Fatiga, se calma cuando come
- 48 ○ ○ ○ Le da "mareo" si las comidas se demoran
- 49 ○ ○ ○ Siente palpitaciones si las comidas se demoran o las deja pasar
- 50 ○ ○ ○ Dolores de cabeza en las tardes
- 51 ○ ○ ○ Malestar después de comer dulces en exceso
- 52 ○ ○ ○ Se despierta después de unas horas de sueño-- tiene dificultad en volverse a dormir

1 2 3

- 53 ○ ○ ○ Desea dulces o café en las tardes
- 54 ○ ○ ○ Humor de abatimiento- "depresión", o melancolía
- 55 ○ ○ ○ Un deseo intenso atípico de dulces o bocadillos (snacks)

GRUPO 4

- 56 ○ ○ ○ Se le duermen las manos y pies fácilmente, entumecimiento
- 57 ○ ○ ○ Suspira frecuentemente, "le falta aire"
- 58 ○ ○ ○ Consciente de que "respira pesadamente"
- 59 ○ ○ ○ Las grandes alturas le causan malestar
- 60 ○ ○ ○ Abre las ventanas en cuartos cerrados
- 61 ○ ○ ○ Sensible a resfriados y fiebres
- 62 ○ ○ ○ "Bostezador" en las tardes
- 63 ○ ○ ○ Se "adormece" con frecuencia
- 64 ○ ○ ○ Se le hinchan los tobillos, aún más en la noche
- 65 ○ ○ ○ Calambres musculares, se empeoran durante el ejercicio, le dan calambres o "charley horses"
- 66 ○ ○ ○ Falta de respiración cuando se esfuerza en exceso
- 67 ○ ○ ○ Un dolor difuminado en el pecho o que se difunde al brazo izquierdo, se agrava con esfuerzo excesivo
- 68 ○ ○ ○ Le salen moretones fácilmente
- 69 ○ ○ ○ Tiene tendencia a la anemia
- 70 ○ ○ ○ La nariz le sangra frecuentemente
- 71 ○ ○ ○ Siente ruidos en la cabeza, "zumbido en el oído"
- 72 ○ ○ ○ Tensión bajo el esternón, o siente opresión, aún más cuando hace un esfuerzo excesivo

GRUPO 5

- 73 ○ ○ ○ Mareos
- 74 ○ ○ ○ Piel seca
- 75 ○ ○ ○ Pies irritados (sensación ardiente)
- 76 ○ ○ ○ Visión nublada
- 77 ○ ○ ○ Comezón en la piel y en los pies
- 78 ○ ○ ○ Caída del cabello en exceso
- 79 ○ ○ ○ Frecuente sarpullido en la piel
- 80 ○ ○ ○ Sabor amargo en la boca, a metal en las mañanas
- 81 ○ ○ ○ Evacuación dolorosa, o con dificultad
- 82 ○ ○ ○ Aprensivo, se siente inseguro(a)
- 83 ○ ○ ○ Se siente nauseabundo, dolor de cabeza alrededor de los ojos
- 84 ○ ○ ○ Malestar con alimentos grasosos
- 85 ○ ○ ○ Heces de color claro
- 86 ○ ○ ○ La piel en la planta del pie se descascara
- 87 ○ ○ ○ Dolor entre el omoplateo (escapulas)
- 88 ○ ○ ○ Usa laxantes
- 89 ○ ○ ○ Las heces cambian de blandas a líquidas
- 90 ○ ○ ○ Antecedentes de ataques de vesícula biliar o cálculos biliares
- 91 ○ ○ ○ Ataques de estornudo
- 92 ○ ○ ○ Sueños con pesadillas
- 93 ○ ○ ○ Mal aliento (halitosis)
- 94 ○ ○ ○ Los productos lácteos le producen malestar
- 95 ○ ○ ○ Sensible a las temperaturas calientes
- 96 ○ ○ ○ Quemazón o picor en el recto
- 97 ○ ○ ○ Tiene deseos de dulces

GRUPO 6

- 98 ○ ○ ○ Pérdida del sabor a la carne
- 99 ○ ○ ○ Gases intestinales horas después de haber comido
- 100 ○ ○ ○ Sensación de irritación en el estómago, se alivia después de haber comido
- 101 ○ ○ ○ Capa blanca en su lengua
- 102 ○ ○ ○ Tiene flatulencia frecuentes
- 103 ○ ○ ○ Indigestión ½ a 1 hora después de las comidas; puede permanecer por 3 a 4 horas
- 104 ○ ○ ○ Colitis mucosa o "inflamación del colon"
- 105 ○ ○ ○ Gases después de las comidas
- 106 ○ ○ ○ "Distensión estomacal" después de las comidas

1 2 3 GRUPO 7A

- 107 Insomnio
- 108 Nerviosidad
- 109 No puede subir de peso
- 110 Intolerancia al calor
- 111 Sumamente emocional
- 112 Se sofoca fácilmente
- 113 Sudores nocturnos
- 114 Piel fina, hidratada
- 115 Temblores internos
- 116 Palpitaciones del corazón
- 117 Aumento de apetito sin aumentar peso
- 118 El pulso ligero al reposar
- 119 Contracción nerviosa de los párpados y cara
- 120 Irritable e inquieto
- 121 No puede trabajar bajo presión

GRUPO 7B

- 122 Aumento de peso
- 123 Disminución de apetito
- 124 Se fatiga fácilmente
- 125 Le suenan los oídos (zumbido)
- 126 Adormecido durante el día
- 127 Sensible al frío
- 128 Piel seca o escamosa
- 129 Estreñimiento
- 130 Agotamiento mental
- 131 Cabello grueso, se cae
- 132 Dolores de cabeza al levantarse, se disipan durante el día
- 133 Pulso lento, menos de 65
- 134 Orina frecuentemente
- 135 Hipoacusia (disminución de la sensibilidad a los sonidos)
- 136 Disminución de iniciativa

GRUPO 7C

- 137 Falta de memoria
- 138 Tensión arterial baja
- 139 Aumento de libido
- 140 Dolores de cabeza intenso
- 141 Disminución de tolerancia al azúcar

GRUPO 7D

- 142 Sed anormal
- 143 Distensión del abdomen
- 144 Aumento de peso alrededor de las caderas y cintura
- 145 Disminución o falta de libido (deseo sexual)
- 146 Tendencia a úlceras, colitis
- 147 Aumento de tolerancia al azúcar
- 148 Mujeres: trastornos menstruales
- 149 Jovencitas: Falta de función menstrual

GRUPO 7E

- 150 Mareos
- 151 Dolores de cabeza
- 152 Sofocos
- 153 Aumento tensión arterial
- 154 Crecimiento de vello en la cara o cuerpo (mujer)
- 155 Glucosuria en la orina (no diabetes)
- 156 Tendencias masculinas (en la mujer)

GRUPO 7F

- 157 Debilidad, vértigo o mareo
- 158 Fatiga crónica
- 159 Tensión arterial baja
- 160 Uñas débiles, con surcos
- 161 Tendencia a la urticaria
- 162 Tendencia a la artritis
- 163 Aumento de sudoración
- 164 Trastornos intestinales
- 165 Circulación deficiente
- 166 Tobillos hinchados
- 167 Deseo de sal
- 168 Manchas pardas o bronceado de la piel-brown spots
- 169 Alergias-tendencia al asma

1 2 3

- 170 Debilidad después de los resfriados, influenza
- 171 Agotamiento- muscular y nervioso
- 172 Trastornos respiratorios

GRUPO 8

- 173 Aprensión
- 174 Irritabilidad
- 175 Temores mórbidos
- 176 Parece nunca mejorarse
- 177 Olvido, falta de memoria
- 178 Indigestión
- 179 Falta de apetito
- 180 Deseos de dulces
- 181 Dolencias musculares
- 182 Depresión, sentimientos de miedo
- 183 Sensibilidad al ruido
- 184 Alucinaciones acústicas
- 185 Tendencia al llanto sin razón
- 186 El cabello es finito, débil y/o maltratado
- 187 Debilidad
- 188 Fatiga
- 189 La piel es sensible al contacto
- 190 Tendencia a la urticaria
- 191 Nerviosidad
- 192 Dolores de cabeza
- 193 Insomnio
- 194 Ansiedad
- 195 Anorexia
- 196 Incapacidad para concentrarse, confusión
- 197 Nariz tapada frecuentemente, infecciones de sinusitis
- 198 Alergia a algunos alimentos
- 199 Músculos débiles

MUJERES SOLAMENTE

- 200 Se fatiga muy fácilmente
- 201 Tensión premenstrual
- 202 Menstruación dolorosa
- 203 Sentimientos de depresión antes de la menstruación
- 204 Menstruación excesiva y prolongada
- 205 Senos doloridos
- 206 Menstrua con frecuencia
- 207 Flujo vaginal
- 208 Histerectomía/extirpación de los ovarios
- 209 Sofocos (de la menopausia)
- 210 Menstruación escasa o amenorrea (ausencia)
- 211 Acné, peor durante el menstuo
- 212 Depresión de largo tiempo

HOMBRE SOLAMENTE

- 213 Problemas con la próstata
- 214 Dificultad en orinar o micción en chorro
- 215 Frecuencia de orinar en la noche
- 216 Depresión
- 217 Dolor dentro de las piernas o talones
- 218 Sentido de evacuación del intestino incompleta
- 219 Falta de energía
- 220 Dolencias y molestias migratorias
- 221 Se cansa fácilmente
- 222 Evita la actividad
- 223 Impulso nervioso en la pierna en la noche
- 224 Disminución de libido

Enumere los cinco padecimientos que tiene en orden de importancia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



LISTADO DE SINTOMAS

- DOLOR DE CUELLO
- DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA
- DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA
- MOVIMIENTO LIMITADO
- DEBILIDAD
- ENTUMECIMIENTO
- ADORMECIMIENTO
- HORMIGUEO
- ARDOR
- MAREO
- VÉRTIGO
- DOLORES DE CABEZA / MIGRAÑA
- RUIDO EN LOS OÍDOS
- VISIÓN NUBLOSA
- NAUSEAS
- DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
- PERDIDA DE LA MEMORIA

- DOLOR DE HOMBRO
- DOLOR DE CODO
- DOLOR MUÑECA
- DOLOR DE MANO
- DOLOR DE CADERA
- DOLOR DE RODILLAS
- DOLOR DE TOBILLO
- DOLOR DE PIE

- ESPASMOS MUSCULARES
- ANSIEDAD/NERVIOSISMO
- DEPRESIÓN
- INSOMNIO
- TIROIDE
- REFLUJO/ACIDEZ
- ESTREÑIMIENTO

- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO
- DERECHO / IZQUIERDO

OTROS: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____