

**Gentle Care Chiropractic, LLC**  
 21860 Willamette Dr., West Linn, OR 97068 503-650-2394

**Informacion del Paciente y Historia de tu Lastimado**  
 (Escribir Claramente)

INFORMACION DEL PACIENTE				INFORMACION DE ASEGURADORA		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido		Que Clase de Aseguradora Primaria Tiene		
M/F Circule	Fecha de Nacimiento	Seguro Social		Seguro Numero de Aseguradora	Seguro de Grupo #	
Edad	Matrimonial	# de Hijos		Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
Dirección		Ciudad/Estado		Número de Teléfono de la Aseguradora		
Teléfono de Casa		Teléfono de Mobil		Que Clase de Aseguradora Secundaria		
Empleado Por		Ocupación		# de su Aseguradora	# de Grupo	
Teléfono de Trabajo		Esta bien de nosotros te llamar ahí?		Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
Algun dia fuiste tratado por un quiropractico?		Si	No	Número Telefonico de su Aseguradora		
Como as oido acerca de nosotros? _____						
INFORMACION DE ASEGURADORA PRIMARIA				INFORMACION DE SU ABOGADO		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido		Nombre de Su Abogado		
M/F Circule	Dia de Nacimiento	Seguro Social		Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
Dirección		Ciudad/Estado		Número de Teléfono _____		
Teléfono de casa _____						

**Sircule el Tipo Que Te Lastimaste:** Carro Trabajo Otros

**Fecha Que Te lastimaste** \_\_\_\_\_  
**A que Hora te Lastimaste** \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE TU LESIÓN:**

Cómo te lastimaste y cuánto tiempo antes de sentir los síntomas?

---



---



---

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO** Yo autoriso hacer publico toda informacion necesaria para procesar mi alegación medica y asigno a mi medico de receber pagamento por sus servicios medicos. Yo soy el unico responsable por pagar mi cuenta se la aseguransa no lo paga.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Cuestionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

ACN Group Use Only rev 4/10/03

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 1. Describa sus sintomas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

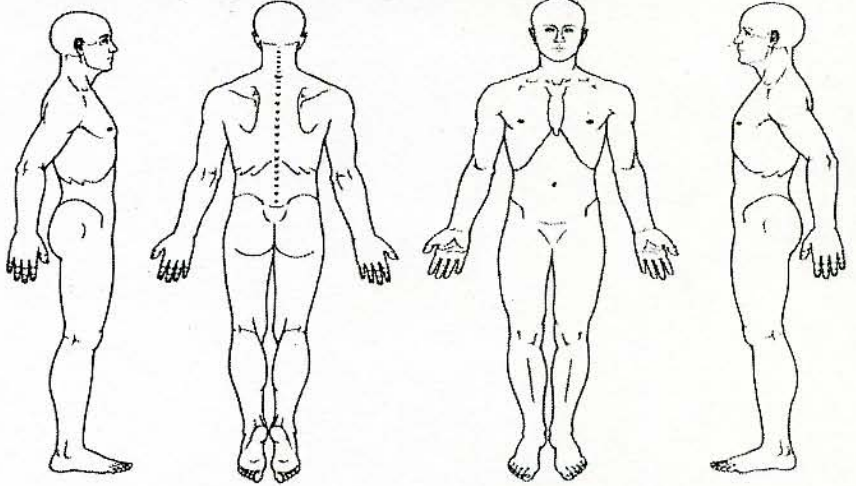
a. Cuando empezaron sus sintomas? \_\_\_\_\_

b. Como empezaron sus sintomas? \_\_\_\_\_

## 2. Que tan seguido sufre sus sintomas?

- ① Constantemente (76-100% del dia)
- ② Frecuentemente (51-75% del dia)
- ③ Ocasionalmente (26-50% del dia)
- ④ Raramente (0-25% del dia)

Indique donde siente el dolor o tiene otros sintomas.



## 3. Que describe la naturaleza de sus sintomas?

- ① Punzante
- ② Opaco
- ③ Adormecido
- ④ Agudo
- ⑤ Ardor
- ⑥ Hormigueo

## 4. Como estan cambiando sus sintomas?

- ① Mejorando
- ② Igual
- ③ Empeorando

## 5. Durante las 4 semanas pasadas:

A. Indique la intensidad de sus sintomas

Ninguno ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ Intolerable ⑩

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

- ① Nada
- ② Un poco
- ③ Moderadamente
- ④ Bastante
- ⑤ Extremadamente

## 6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condition con sus actividades sociales?

(Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

- ① Todo el tiempo
- ② Mayor parte del tiempo
- ③ Parte del tiempo
- ④ Poco parte del tiempo
- ⑤ Ningun parte del tiempo

## 7. En general diria usted que su salud ahorita es..

- ① Excelente
- ② Muy Bien
- ③ Buena
- ④ Mas O Menos
- ⑤ Mal

## 8. A quien ha visto para sus sintomas?

- ① Nadie
- ② Quiropractico
- ③ Medico
- ④ Terapeuta Fisico
- ⑤ Otro

A. Que tratamiento recibio usted y cuando? \_\_\_\_\_

B. Que exámenes ha tenido usted para sus sintomas y cuando fueron realizados?

- ① Rayos X
  - ② MRI
  - ③ CT Scan
  - ④ Otros
- Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 9. Ha tenido usted estos mismos sintomas en el pasado? ① Si

② No

A. Si ha recibido usted tratamiento en el pasado para los mismos o semejantes quien vio usted?

- ① Esta Oficina
- ② Otro Quiropractico
- ③ Medico
- ④ Terapeuta Fisico
- ⑤ Otro

## 10. Cual es su oficio?

- ① Profesional/Ejecutivo
- ② De oficina
- ③ Comerciante
- ④ Obrero
- ⑤ Ama de Casa
- ⑥ Estudiante
- ⑦ Jubilado
- ⑧ Otro

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posicion actual de trabajo?

- ① Tiempo Completo
- ② Medio Tiempo
- ③ Dueno de su propio negocio
- ④ Desempleado
- ⑤ Fuera de trabajo
- ⑥ Otro

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Gentle Care Chiropractic, LLC

21860 Willamette Dr., West Linn, OR 97068 503-650-2394

Health Questionnaire pg. 2

**Para Un Mejor Entendimiento De Tu Salud – Pasado, Presente y Futuro**

Que clase de ejercicios hace regularmente?  ninguno  suave  moderado  fuerte Dias/Semana \_\_\_\_\_

Cual es su medida y su peso ? Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Por cada una de las condiciones abajo por favor chequee la casa apropiada.

Pasado Presente

- Dolor de Cabeza
- Dolor de Cuello
- Dolor de la Espalda arriba
- Dolor del medio de la Espalda
- Dolor de la espalda/Cintura
- Dolor de Hombros
- Dolor de Codo y Brazos
- Dolor de Muneca
- Dolor de Mano
- Dolor de Cadera y Piernas
- Dolor de Pantorrilla
- Dolor de Pie Tobillo o pie
- Dolor de Quijada
- Inchado Tieso
- Artritis
- Artritis Reumanitica
- Dificultad Para Dormir
- Fatiga General
- Mala Coordinacion
- Disturbos Visuales
- Mareos

Pasado Presente

- Alta presion
- Ataque al corazon
- Dolor en el pecho
- Taquicardia
- Anginas
- Rinones con Piedras
- Problemas en los rinones
- Dolor para Urinar
- Infecciones de la vesiga sanguinarias
- Perder o descontrol de la vesica
- Problemas de la Prostata
- Anormal subida o perdida de peso
- Perder el Apetito
- Dolor en el Abdomen
- Ulcera
- Hepatitis
- Problemas del Higado Sanguinarios
- Cancer
- Tumor
- Asma
- Sinusitis Cronica

Pasado Presente

- Diabetes
- Sed Exesivo
- Orinar Frecuentemente o seguido
- Fumar/Usar Tabaco
- Drogas/Alcohol Que Use
- Alergias
- Depresion
- Sistemas lupus
- Epilepsia
- Picason/Sal pullido escaldado
- Sida
- Herpes/Enfermedad veneria
- Scoliosis

*Solo Mujeres*

- Enbarasada
- Planificacion Familiar
- Replasamiento Hormonal

Otros Problemas de Salud/Usuales

\_\_\_\_\_

Indique si algun miembro de la familia tubo o tiene lo siguiente.

- Cancer  Diabetes  Glucoma  Problemas del corazon  Alta presion  Artritis  Scoliosis  Taquicardia

De la relacion o la edad cuando diagnosticaon \_\_\_\_\_

Escriba todos las resetas y medisinas nutrisionales lleruas suplementos que esta a tomar presentemente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escriba todos las sirugias que usted tiene o a tenido y el tiempo que a estado hospitalizada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

## Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

## Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

## Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

## Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

## Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

## Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

## Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

## Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

## Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score \_\_\_\_\_

# INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases in una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

- 0. El dolor va y viene y es muy suave.
- 1. El dolor es suave y no varía mucho.
- 2. El dolor va y viene y es moderado.
- 3. El dolor es moderado y no varía mucho.
- 4. El dolor va y viene y es muy severo.
- 5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

## Al Dormir

- 0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
- 1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
- 2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
- 3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
- 4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
- 5. El dolor no me deja dormir.

## Al Sentarse

- 0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- 1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
- 2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
- 3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
- 4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
- 5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

## Al Estar De Pie

- 0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
- 1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
- 2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- 5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

## Al Caminar

- 0. No tengo dolor mientras que camino.
- 1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
- 2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
- 5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

## Cuidado Personal

- 0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- 1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
- 2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
- 3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- 4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
- 5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

## Al Levantar Objetos

- 0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
  - 1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
  - 2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
  - 3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
  - 4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
  - 5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.
- ## Al Viajar

- 0. No tengo dolor al viajar.
- 1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
- 2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
- 5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

## Vida Social

- 0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
- 1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- 2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
- 3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
- 4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- 5. Dificilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

## Cambio en el Grado de Dolor

- 0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
- 1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
- 2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
- 3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
- 4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
- 5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score \_\_\_\_\_



# Gentle Care Chiropractic, LLC

Drs. Ralph and Veronica Ezagui, Chiropractic Physicians  
21860 Willamette Dr. • West Linn, OR 97068 • 503-650-2394 • Fax 503-905-6180

## Terminos Para Extender Credito a Pacientes de Gentle Care Chiropractic, LLC

Yo (el paciente) estoy dependiendo en que me aseguranza pagara mi porción de mi cuidado. Como una cortesia, Gentle Care Chiropractic (GCC) madara cobrar a mi aseguranza por mi. GCC esta dispuesto a renunciar su poliza de "pagar por completo al tiempo de servicio" siempre y cuando you prove la información necesaria en esta forma.

Se me notificara de cualquier saldo pendiente dentro de diez días de que GCC reciva un pago por parte de mi aseguranza. Se me puede conseguir a cualquier tiempo por teléfono, ya sea en persona ó dejando un mensaje, al sugiente numero(s):

Ph# \_\_\_\_\_ Ph# \_\_\_\_\_

Yo puedo elegir pagar en efectivo, con cheque, ó con tarjeta de credito. Si cualquier porción del saldo pendiente continua sin pagarse despues de 30 días de haber recibido una llamada, yo doy permiso a GCC de usar mi información de tarjeta de credito para pagar la suma.

Yo entiendo que cualquier disputa sobre mis cargos, ó saldo pendiente, ultimadamente son mi responsibilidad.

No se cobrara interes o cargas por este servicio.  
Una copia de este acuerdo se le provera para sus archivos.

Yo estoy de acuerdo con las declaraciones en esta forma.  
Yo autorizo a GCC a usar la información de mi tarjeta de credito solamente como descrito en este acuerdo.

Los ultimos 4 numeros de su tarjeta \_\_\_\_\_ Exp. Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo rechazo la oferta de esta froma y prefiero pagar en total por los servicios al tiempo que se proveen. GCC aun debe cobrar a mi aseguranza como una cortesia. Se me regresara cualquier page hecho por la aseguranza dentro de 10 días.

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