

LA HISTORIA DE CONDICIONES DE SALUD



Nombre: _____

Historia Clínica

<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cáncer o Tumores	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicidio
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Disco herniado / Resbalado	<input type="checkbox"/> Nervio pellizcado	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Estreñimiento o Diarrea	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Pulmonía	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco
<input type="checkbox"/> Alergias / Polinosis	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Desorden de ataque	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Afección Hepática	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Aumento de peso / pérdida
<input type="checkbox"/> Problemas de Intestinos/Vesícula	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> El sarpullido / las lesiones	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Infarto	

● **Liste TODAS Cirugías y Hospitalizaciones:** _____

● **Liste TODAS Medicinas tomando actualmente:** _____

● **La lista de cualquier Alergias de la Medicina y Sensibilidades:** _____

● **Las Heridas Previas:** Automóvil Trabajo Otra _____

● **SOLO Los Pacientes Femeninos:** ¿Está usted Embarazada? Si No Insegura

● **La fecha de último período menstrual:** _____

Descripción del Puesto o Responsabilidades

Requisitos de trabajo	Nunca	Ocasional (0 - 1/3 al día)	Frecuente (1/3 - 2/3 al día)	Constante (2/3 - todo el día)	descripción del puesto en breve
Levantar 1-10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 11-20 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 21-50 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 51-99 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 100 libras o mas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrodillar o Agachar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doblar o Rebajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empujar o Tirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Torcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La Transportabilidad del Seguro de enfermedad y la Responsabilidad Actúan (HIPAA)

Entendemos esa información médica acerca de usted y su salud es personal y somos cometidos para proteger esta información. Cada día nosotros creamos un registro del cuidado y le atienden a recibe en nuestra facilidad. Necesitamos este registro para proporcionarle con cuidado de calidad y para conformarse con los requisitos legales. Esta nota aplica a todos los registros de su cuidado engendrado en nuestra facilidad.

HIPAA La política describe cómo información de salud acerca de usted puede ser utilizada y puede ser revelada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información.

El estado y las leyes Federales nos requieren a mantener la intimidad de su información de la salud y para informarle acerca de nuestra intimidad practica proporcionandole con una copia de nuestra Nota de la Intimidad.

Una copia de nuestra Nota de la Intimidad será proporcionada a usted sobre pedido. Firmando debajo dice que usted reconoce que usted tiene u obtuvo una copia de nuestra Nota de la Intimidad, la clarificación satisfactoria recibió de condiciones particulares, o escoge obtener una copia en una fecha posterior.

Usted puede solicitar una copia de nuestra Nota de la Intimidad en tiempo contactando nuestra Oficina de la Intimidad o a gerente.

FIRMANDO DEBAJO RECONOCE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ENCIMA ES AMBOS EXACTO Y COMPLETO.

Firma del Paciente o Guardián legal del Paciente

Fecha

Nombre Impreso o Guardián legal del Paciente