

Información Confidencial del Paciente

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información del Paciente

Nombre completo: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

E-Mail: _____

Género: M F Estado: Soltero(a) Casado(a) Otro: _____

Nombre de su Esposo(a): _____ Número de hijos: _____

Empleado(a): Si No

Empleador: _____ Ocupación: _____

*Referido por: _____ Familia Amigo Compañero de Trabajo Doctor

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre completo: _____ Teléfono Celular: _____

Relación: Hijo(a) Padre Madre Esposo(a) Otro: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono del Doctor: _____

Describa la mayor molestia: _____

Describa otras molestias: _____

Describa CUANDO y COMO empezó la molestia: _____

Grado de intensidad / Severidad de la molestia:

Medio (1-2) Medio-Mod (2-4) Moderado (4-6) Mod-Grave (6-8) Grave (8-10)

Tipo de molestia: Aguda Ardor Hormigueo Adormecido Entumecido Rígido y Dolorido

¿Con qué frecuencia se presenta la molestia? Intermitente Constante

¿Esta molestia se extiende/afecta a otras áreas de su cuerpo? No Si (*Describe*) _____

Cabeza - Nuca Frente Lados-Sien Derecho Izquierdo Ambos

Brazos - Hombro Codo Mano-dedos Derecho Izquierdo Ambos

Piernas - Cadera Rodilla Pantorrilla Pies-dedos Derecho Izquierdo Ambos

Otra área: _____

¿Hay algo que haga que la molestia se reduzca?

Hielo Calor Descanso Movimiento Estiramiento OTC Otro: _____

¿Hay algo que haga que la molestia se incremente?

Sentarse Pararse Caminar Acostarse Dormir Movimiento excesivo Otro: _____

¿Qué actividades están siendo afectadas por esta condición? _____

Para esta condición ACTUAL, usted ha:

• ¿Recibido otro tratamiento? Ninguno DC MD PT Masaje ER

¿Dónde recibió el tratamiento? _____

• ¿Tenido alguna prueba de diagnóstico? Rayos X MRI CT Otra: _____

¿Cuándo y dónde? _____

Es costumbre pagar por los servicios como se van prestando, a menos que se disponga lo contrario.

Marque cada una de las condiciones que ha experimentado en los últimos 6 meses.

Muchas de las siguientes condiciones responden al tratamiento quiropráctico.

General: (constitucional)

- Cambio de peso reciente
- Fiebre
- Cansancio
- Ninguno en esta categoría

Musculoesquelético:

- Dolor en espalda baja
- Dolor en espalda media
- Dolor en cuello
- Problemas en brazos _____
- Problemas en piernas _____
- Dolor en articulaciones
- Articulaciones rígidas / inflamadas
- Dolor/debilidad en músculos
- Espasmos musculares / calambres
- Fracturas en huesos _____
- Ninguno en esta categoría

Neurológico:

- Entumecimiento u hormigueo
- Pérdida de sensibilidad
- Mareos
- Dolores de cabeza frecuentes
- Convulsiones
- Temores
- Derrame cerebral
- Ninguno en esta categoría

Genitourinario:

- Deficiencia sexual
- Piedras en los riñones
- Ardor/Dolor al orinar
- Frecuente deseo de orinar
- Sangre al orinar
- Incontinencia urinaria
- Ninguno en esta categoría

Oídos, Nariz y Garganta:

- Inflamación de garganta o cambio de voz
- Glándulas inflamadas en el cuello.
- Zumbido en los oídos
- Dolor en los oídos
- Sinusitis / alergias
- Sangrado de nariz
- Pérdida de la audición
- Ninguno en esta categoría

Gastrointestinal:

- Pérdida del apetito
- Sangre en heces fecales
- Cambio en movimientos intestinales
- Nausea o vómito
- Dolor abdominal
- Diarrea frecuente
- Estreñimiento
- Ninguno en esta categoría

Cardiovascular y Corazón:

- Dolor de pecho
- Taquicardia
- Problemas de presión arterial
- Inflamación en manos, tobillos o pies
- Problemas en el corazón
- Ninguno en esta categoría

Respiratorio:

- Dificultad para respirar
- Tos persistente
- Sangre al toser
- Asma o ruidos al respirar
- Problemas en los pulmones
- Ninguno en esta categoría

Mente/Estrés

- Nerviosismo
- Depresión
- Problemas para dormir
- Confusión o pérdida de la memoria
- Ninguno en esta categoría

Ojos y Vista:

- Visión borrosa o doble
- Glaucoma
- Enfermedad o lesión ocular
- Ninguno en esta categoría

Cirugías: NINGUNA

Fecha	Parte del cuerpo	Razón

Endocrino, Hematológico y Linfático

- Problemas en tiroides
- Diabetes
- Sed o orina excesiva
- Extremidades frías
- Intolerancia al calor o frío
- Problemas en glándulas u hormonas
- Inflamación en glándulas
- Anemia
- Moretones o sangrados regulares
- Flebitis
- Trastornos en el sistema immune
- Ninguno en esta categoría

Piel y Pecho

- Erupción o picazón
- Cambios en el color de la piel
- Cambios en cabello o uñas
- Llagas que no sanan
- Cambio de apariencia de un lunar
- Dolor en el pecho
- Bulto/bola en el pecho
- Secreción mamaria
- Ninguno en esta categoría

Solo mujeres

¿Estas embarazada?

- Si - Fecha de parto _____
- No - Último Período Menstrual _____

- Infertilidad
- Períodos dolorosos o irregulares
- Secreción vaginal
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Embarazos:

Fecha	Resultado

Liste los medicamentos que esté tomando: _____

Comentarios: _____

He leído la información anterior y certifico que es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y por la presente autorizo a esta oficina para que me brinde atención quiropráctica, pruebas de diagnóstico y / o servicios terapéuticos, de acuerdo con los estatutos de este estado.

Firma del Paciente o Tutor _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____