

Paciente \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Caso # \_\_\_\_\_

⊙ Paciente Nuevo

## Bienvenido A Nuestra Oficina

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

¿Puedo llamarlo a su trabajo?  no  sí N° del trabajo \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Página web \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Estado civil  soltero/a  casado/a  separado/a  divorciado/a  viudo/a

Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Nombres de los hijos y edades \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna mascota?  no  sí Si tiene, díganos que clase de mascota \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono(s) \_\_\_\_\_

Hobbie o pasatiempo favorito \_\_\_\_\_

### ¿Por qué llega a nuestra oficina?

¿Ha recibido cuidado quiropráctico anteriormente?  no  sí

Si es así, por favor díganos el nombre del quiropráctico \_\_\_\_\_

¿Estuvo satisfecho con su cuidado?  no  sí

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Esta cita tiene relación con  trabajo  deportes  automovilísticos

accidentes personales  otro

¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

Abogado (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo cuidados de algún otro profesional de la salud?  no  sí

Si es así, por favor dénos sus nombres y sus especialidades \_\_\_\_\_

Por favor, anote cualquier medicamento que esté tomando \_\_\_\_\_

Por favor, anote cualquier vitaminas/hierbas/medicamentos homeopáticas/u otro

suplementos que esté tomando \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  no  sí Si es así, ¿cuántos meses? \_\_\_\_\_



## Salud actual

¿Cuáles son los problemas de salud que más lo preocupan? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuánto hace? \_\_\_\_\_

¿Es(tá)...?       empeorando       mejorando       intermitente  
                          constante       no sabría decirlo

¿En dónde está el problema? Por favor, utilice la ilustración y las líneas de abajo para explicarse.



Frente \_\_\_\_\_

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

Atrás \_\_\_\_\_

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



¿Tiene usted...?     dolor       adormecimiento       hormigueos       molestias

Su dolor es       fuerte       a dolorido       en latidos       constante       intermitente

Sus síntomas están       sentado       parado       caminando  
afectados por:       cuando estás doblando       acostado       el clima

Por favor, explique \_\_\_\_\_

Siente       calambres       quemazón       otro  
                          inflamación       rigidez      \_\_\_\_\_

Sus síntomas       trabajo       sueño       otro  
interfieren con       actividades de la vida diaria       juegos      \_\_\_\_\_

Por favor, explique \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10 (1 lo más bajo, 10 lo peor):

Clasifique la severidad de sus síntomas      1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## Historia de Salud

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes? (por favor,  marque todo lo que corresponda)

- |                                    |                                    |                                    |  |  |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> neumonía  | <input type="checkbox"/> paperas   | <input type="checkbox"/> gripe     | <input type="checkbox"/> fiebre reumática    | <input type="checkbox"/> viruela               |
| <input type="checkbox"/> pleuresía | <input type="checkbox"/> polio     | <input type="checkbox"/> varicela  | <input type="checkbox"/> enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> diabetes              |
| <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> cáncer    | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> tos convulsa        | <input type="checkbox"/> anemia                |
| <input type="checkbox"/> eccema    | <input type="checkbox"/> sarampión | <input type="checkbox"/> artritis  | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> erupciones en la piel |

Si alguna vez ha sido diagnosticado con alguna otra enfermedad o condición, por favor describala \_\_\_\_\_

- ¿Usa usted...?  café  té  dulcificantes artificiales  azúcar  
 alcohol  cigarillos  drogas recreativas

¿Ha sufrido alguna vez de...? (por favor,  marque todo lo que corresponda)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello                   | <input type="checkbox"/> congestión nasal         | <input type="checkbox"/> orina descolorida                        |
| <input type="checkbox"/> dolor de cintura                  | <input type="checkbox"/> alergias                 | <input type="checkbox"/> gases/inflamación después de las comidas |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza                 | <input type="checkbox"/> desmayos                 | <input type="checkbox"/> acidez                                   |
| <input type="checkbox"/> migrañas                          | <input type="checkbox"/> pérdida de peso          | <input type="checkbox"/> colitis                                  |
| <input type="checkbox"/> hormigueos en la espalda/el brazo | <input type="checkbox"/> pobre apetito            | <input type="checkbox"/> colon irritable                          |
| <input type="checkbox"/> dolor de hombro                   | <input type="checkbox"/> apetito excesivo         | <input type="checkbox"/> deposiciones negras o con sangre         |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la mano        | <input type="checkbox"/> nerviosismo              | <input type="checkbox"/> estreñimiento                            |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la pierna      | <input type="checkbox"/> confusión                | <input type="checkbox"/> hemorroides                              |
| <input type="checkbox"/> dolor en la mandíbula             | <input type="checkbox"/> depresión                | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos                      |
| <input type="checkbox"/> dolor en el pecho                 | <input type="checkbox"/> problemas dentales       | <input type="checkbox"/> derrame cerebral                         |
| <input type="checkbox"/> problemas pulmonares              | <input type="checkbox"/> sed excesiva             | <input type="checkbox"/> parálisis                                |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos               | <input type="checkbox"/> náusea frecuente         | <input type="checkbox"/> hormigueos                               |
| <input type="checkbox"/> presión arterial anormal          | <input type="checkbox"/> vómitos                  | <input type="checkbox"/> adormecimientos                          |
| <input type="checkbox"/> ritmo cardíaco irregular          | <input type="checkbox"/> problemas prostáticos    | <input type="checkbox"/> fatiga                                   |
| <input type="checkbox"/> inflamación de tobillo            | <input type="checkbox"/> dolor/bultos en el pecho | <input type="checkbox"/> vértigos                                 |
| <input type="checkbox"/> extremidades frías                | <input type="checkbox"/> calambres                | <input type="checkbox"/> insomnio                                 |
| <input type="checkbox"/> visión borrosa                    | <input type="checkbox"/> dolor al orinar          | <input type="checkbox"/> dificultades auditivas                   |
| <input type="checkbox"/> problemas visuales                | <input type="checkbox"/> problemas de vesícula    | <input type="checkbox"/> dolor de oídos                           |
| <input type="checkbox"/> dificultades respiratorias        | <input type="checkbox"/> orina excesiva           |   |

Si es aplicable, fecha del último período menstrual \_\_\_\_\_

Lesiones antiguas pueden afectar el estado de salud actual (por favor,  marque todo lo que corresponda)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> caídas/accidentes                 | <input type="checkbox"/> lesiones de cráneo | <input type="checkbox"/> peleas                   |
| <input type="checkbox"/> lesiones deportivas               | <input type="checkbox"/> fracturas óseas    | <input type="checkbox"/> dislocaciones            |
| <input type="checkbox"/> golpes en la columna              | <input type="checkbox"/> cirugía            | <input type="checkbox"/> tracción                 |
| <input type="checkbox"/> trabajo odontológico excesivo     | <input type="checkbox"/> aparatos dentales  | <input type="checkbox"/> usa/usó bastón o andador |
| <input type="checkbox"/> pérdida de conocimiento por golpe |   |   |

Si contesta que sí a cualquiera de lo de arriba, por favor describalo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ¿Qué sabe de quiropráctica?

En sus propias palabras, ¿qué hacen los quiroprácticos? \_\_\_\_\_

¿Sabe qué es estrés en el nervio espinal/subluxación?  no  sí

Si contesta que sí, por favor descríbalo \_\_\_\_\_

¿Algunos de sus amigos o familiares visitan a quiroprácticos?  no  sí

¿Si contesta que sí, ellos usan la quiropráctica para  mantenimiento/optimización de la salud

problemas de salud  ambos?

¿Está usted buscando quiropráctica para  mantenimiento/optimización de la salud

problemas de salud  ambos?

¿Qué le gustaría obtener del cuidado quiropráctico?

¿Tiene alguna otra preocupación de salud o alguna otra cosa que le gustaría que nosotros sepamos de usted?

no  sí Si contesta que sí, por favor dígalo. \_\_\_\_\_

Notas \_\_\_\_\_

## Responsabilidad financiera

¿Quién es responsable por su pago? \_\_\_\_\_

¿Cómo pagará por su cuidado?

Contado  Cheque  N° Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ N° Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Según yo sepa, lo susodicho es correcto.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

Yo, familiar/tutor, doy mi permiso para el cuidado del menor.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

