

Paciente Nuevo Bienvenido A Nuestra Oficina



Fecha _____

Nombre _____ Nombre Preferido _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfonos (casa) _____ (celular) _____

Email _____

Seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Ocupación _____ Empleador _____

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

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 _____

Hobbie o pasatiempo favorito _____

Contacto de emergencia: Nombre _____

Relación _____ Teléfono(s) _____

¿Por qué llega a nuestra oficina?

¿Ha recibido cuidado quiropráctico anteriormente? no sí

Si afirmativo, por favor díganos quién _____ Teléfono _____

¿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? _____

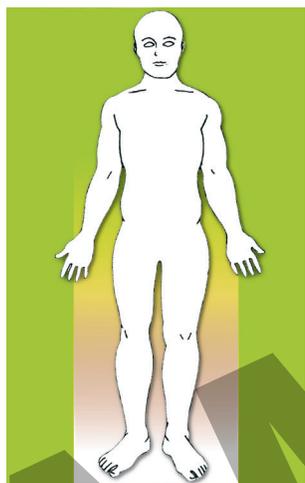
Salud actual

Cuáles son los problemas de salud que más lo preocupan? _____

¿Desde cuánto hace? _____

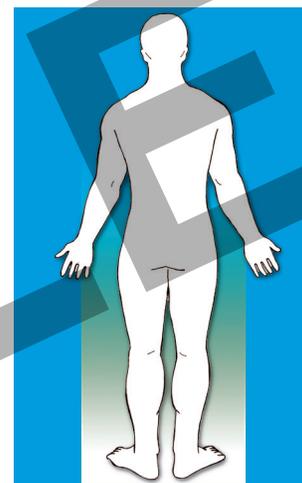
¿Es (tá) empeorando mejorando intermitente constante no sabría decirlo

¿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 afectados por: sentado parado caminando
- cuando estás doblando acostado el clima otro

Por favor, explique _____

Siente calambres quemazón rigidez inflamación otro

Por favor, explique _____

Sus síntomas interfieren con trabajo sueño actividades de la vida diaria

juegos otro

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 |
| <input type="checkbox"/> colitis | <input type="checkbox"/> derrame cerebral | <input type="checkbox"/> alergias | | |

Si alguna vez ha sido diagnosticado con alguna otra enfermedad o condición, por favor descríbalas _____

¿Toma bebidas? café té alcohólicas

¿Usta usted...? cigarillos drogas recreativas azúcar dulcificantes artificiales

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

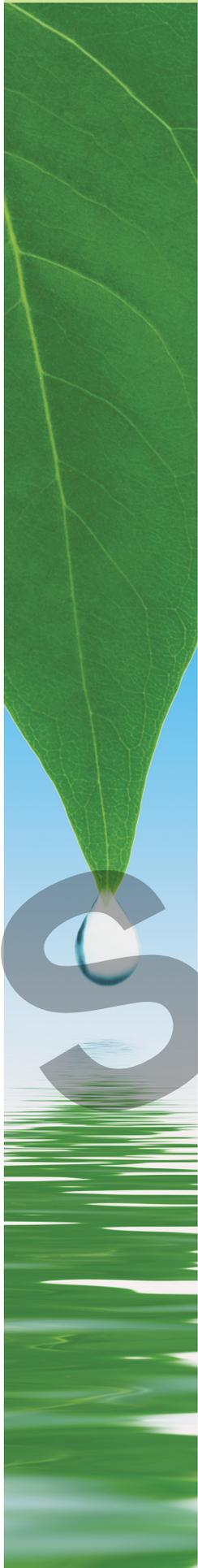
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello | <input type="checkbox"/> dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> orina descolorida |
| <input type="checkbox"/> dolor de cintura | <input type="checkbox"/> congestión nasal | <input type="checkbox"/> gases/inflamación después 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"/> colon irritable |
| <input type="checkbox"/> hormigueos en la espalda/el brazo | <input type="checkbox"/> pobre apetito | <input type="checkbox"/> deposiciones negras o con sangre |
| <input type="checkbox"/> dolor de hombro | <input type="checkbox"/> apetito excesivo | <input type="checkbox"/> estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la mano | <input type="checkbox"/> nerviosismo | <input type="checkbox"/> hemorroides |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la pierna | <input type="checkbox"/> confusión | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> parálisis |
| <input type="checkbox"/> dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> problemas dentales | <input type="checkbox"/> adormecimientos |
| <input type="checkbox"/> problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> sed excesiva | <input type="checkbox"/> fatiga |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> náusea frecuente | <input type="checkbox"/> vértigos |
| <input type="checkbox"/> presión arterial anormal | <input type="checkbox"/> problemas prostáticos | <input type="checkbox"/> insomnio |
| <input type="checkbox"/> ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> dolor/bultos en el pecho | <input type="checkbox"/> dificultades auditivas |
| <input type="checkbox"/> inflamación de tobillo | <input type="checkbox"/> calambres | <input type="checkbox"/> dolor de oídos |
| <input type="checkbox"/> extremidades frías | <input type="checkbox"/> dolor al orinar | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> visión borrosa | <input type="checkbox"/> problemas de vesícula | _____ |
| <input type="checkbox"/> problemas visuales | <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"/> tracción | <input type="checkbox"/> aparatos dentales |
| <input type="checkbox"/> trabajo odontológico excesivo | <input type="checkbox"/> cirugía | <input type="checkbox"/> usa/usó bastón o andador |
| <input type="checkbox"/> pérdida de conocimiento por golpe | <input type="checkbox"/> otro _____ | |

Si contesta que sí a cualquiera de lo de arriba, por favor descríbalos _____



¿Qué sabe de quiropráctica?

En sus propias palabras, ¿qué hacen los quiroprácticos? _____

¿Sabe qué es subluxación? no sí

Si contesta que sí, por favor descríballo _____

¿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 dígalos. _____

Responsabilidad financiera

¿Quién es responsable por su pago? _____

¿Cómo pagará por su cuidado? Contado Cheque Tarjeta de crédito

No Tarjeta de crédito _____ Exp. _____

Compañía de seguro _____ Teléfono _____

Nº ID _____ Nº Group _____

Nombre del abonado _____ Teléfono _____

Relación _____ Empleador del abonado _____

Número de Seguridad Social del abonado _____

Fecha de nacimiento del abonado _____

Según yo sepa, lo susodicho es correcto.

(firma)

(fecha)

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

(firma)

(fecha)