

INTRODUCCION HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Fecha: _____

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____

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

Tele: _____ Móvil: _____ Compañía Cell: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Género: M / F Estado Civil: Soltero / Casado / Otro / Rehuser

No. Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatus de Estudiante: Tiempo Completo / Tiempo Parcial / No Est Empleado: Si / No

Etnicidad: Hispano -Latino/ No Hispano o Latino/ Otro Idioma Preferido: Ingles/ Español/ Otro: _____

Raza: Asían/Afroamericano/Nativos Americanos o Nativos de Alaska/ Otro/ Hawái Nativas Isleño pacifico/ Blanco/Rehuser

Referido Por: (nombre): _____ Familiar/ Amigo/ Trabajo/ Doctor/ Otro

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Médico de Atención Primaria _____

Casa: _____ Móvil: _____ Teléfono del Medico: _____

Parentesco: Niño / Padre / Cónyuge / Otro: _____

Información financia

Seguridad Compensación al trabajador Efectivo Lesión Personal / Auto Otro (explique): _____

SEGURANZA PRIMARIA

Nombre de Seguranza: _____

Parentesco con el Asegurado: Yo / Cónyuge / Padre / Niño / Otro

Que no sea Si Mismo

Nombre del Asegurado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Tele: _____ Fecha de Nacimiento _____

SEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de Seguranza: _____

Parentesco con el Asegurado: Yo / Cónyuge / Padre / Niño / Otro

Que no sea Si Mismo

Nombre del Asegurado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Tele: _____ Fecha de Nacimiento _____

PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO

¿Quién va a ser responsable por su cuenta? Yo / Otro – (Parentesco)

Que no sea Si Mismo

Nombre: _____

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

Teléfono: _____ Email: _____

Es Costumbre Pagar Por Sus Servicios Por Adelantado, Al Menos Que Se Hallan Hecho Otros Arreglos

No. de Paciente: _____

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

HISTORIA DE CONDICION

Describe su queja principal: _____

Describe cualquier queja secundaria: _____

Describe cuándo y cómo esto comenzó: _____

La intensidad o la gravedad de la queja o el dolor: Ninguna (0) / Leve (1-2) / Leve- Mod (2-4) / Mod (4-6) / Mod / Sev (6-8) / Sev (8-10)

Calidad de la queja o el dolor: Agudo/Puñalada/Ardiente/Adolorida/Aburrido/Rigidez y dolor/ Otro: _____

¿Con que frecuencia de la queja o el dolor? Viene y va / Constante (*explique*) _____

¿Su dolor corre a alguna parte de su cuerpo? No / Si (*describa*) _____

Cabeza- Base de Cráneo / Frente / Templo D/I/Ambos *Pierna*- Cadera / Muslo – Rodilla / Becerro / Pie – Dedos D/I/ Ambos

Brazo- A través de Hombro/Codo/Mano o Dedos D/I/Ambos *Otra área*- _____

¿Hay algo que lo hace mejor? Hielo / Calor / Descanso / Movimiento / Estiramiento / Medicamentos / Otro: _____

¿Hay algo que lo hace peor? Sentarse / Estar de Pie / Caminar / Acostarse / Dormir / Sobre Uso / otro: _____

¿Qué actividades diarias se ven afectadas por esta condición? _____

Para esta condición ACTUAL, usted a:

- ¿Recibido otro tratamiento? Ninguna / DC / MD / PT / Masaje / ER / Otros: _____ ¿Dónde? _____
- ¿Tenido ninguna prueba de diagnóstico? Rayos X / MRI / CT / Otros: _____ ¿Cuándo y Dónde? _____

HISTORIA DE SALUD – (POR FAVOR USE AL OTRO LADO DE ESTA PAGINA SI NECESITA MAS ESPACIO)

Medicamentos y Suplementos

Alergias a Medicamentos: NINGUNA

Nombre	Reacción

Medicamentos y Suplementos Actuales: NINGUNA

Nombre	Dosificación	Frecuencia	Método

Historia de la Salud:

No. de caídas en los últimos 24 meses: __ ¿Lesiones? Si/No

Cirugías:

Fecha	Área del Cuerpo	Razón

Lesiones/Traumas/Hospitalizaciones: NINGUNA

Fecha	Describe

Historia de Salud Familiar:

NINGUNA

Anote problemas de salud significados de familiares más cercanos:

Problema	Padre (M o P)	Hno/ Hna	Hijo (V o M)

Historia Social y Ocupacional

Fumar/Usos del Tabaco: Diario / Algunos Días / Antes / Nunca

Habito	Tipo	Cantidad	Empezó ?
Fumar			
Tabaco			
Alcohol			
Cafeína			
Drogas			

Educación: Escuela Secundaria / Universidad / Postgrado / Otro

Estilo de vida	Describe
Recreación	
Ejercicio	
Dieta	
Trabajo	

Marque en la siguiente lista las condiciones con que se presenta **ACTUALMENTE**
Muchas de las condiciones siguientes responden al tratamiento quiropráctico.

General: (constitucional)

- Reciente Cambio de Peso
- Fiebre
- Fatiga
- Ninguno en esta categoría

Musculo esquelético:

- Dolor de espalda bajo
- Dolor de espalda media
- Dolor de cuello
- Problemas en el brazo _____
- Problemas en la pierna _____
- Articulaciones dolorosas
- Articulaciones rígidas / Inflamación
- Músculos o articulaciones dolor o débil
- Espasmos / Calambres musculares
- Huesos Fracturados: _____
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Neurológico:

- Entumecimiento o sensación de hormigueo
- Pérdida de la sensación
- Mareos o Mareado
- Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes
- Convulsiones
- Temblores
- Emboleo
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Mente/ Estrés

- Nerviosismo
- Depresión
- Problemas para Sueño
- Pérdida de memoria o confusión
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Genitourinario:

- Dificultad sexual
- Cálculos renales
- Ardor al orinar / dolor
- Cambios al orinar; fuerza / dificultad
- Orina frecuente
- Sangre en la orina
- Incontinencia u orina en la cama
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Gastrointestinal:

- Pérdida del apetito
- Sangre en los rece
- Cambio en las deposiciones
- Dolor al defecar
- Nauseas o Vómitos
- Dolor abdominal
- Diarrea frecuente
- Estreñimiento
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Cardiovasculares y del Corazón

- Dolores in el pecho
- Pulso cardiaco irregular
- Problemas de presión arterial
- Hinchazón de manos, tobillos, o pies
- Problemas del corazón
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Tos persistente
- Tos con sangre
- Asma o sibilancias
- Problemas pulmonares
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Ojos y la visión

- Usar lentes/ contactos
- Visión borrosa o doble
- Glaucoma
- Enfermedad o lesión ocular
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Oídos, Nariz, y Garganta

- Sangrado de las encías/ dolor en la boca
- Mal aliento o mal gusto
- Problemas dentales
- Hinchazón de garganta o cambios en la voz
- Glándulas inflamadas en el cuello
- Zumbido en los oídos
- Dolor de oído / timbre / drenaje
- Problemas del nariz / alergias
- Sangrado de la nariz
- Perdida de la audición
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Endocrinos, Hematológicos, y Linfáticos

- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Sed excesiva o orín
- Extremidades frías
- Intolerancia al frio o calor
- Cambio en el sombrero o el tamaño de guante
- Piel seca
- Problema glandular o la hormona
- Inflamación de las glándulas
- Anemia
- Fácil de magulladuras o sangrado
- Flebitis
- Transfusión
- Trastorno del sistema inmunológico
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Piel v Senos

- Sarpullido o picazón
- Cambio de color de piel
- Cambio en el cabello o las uñas
- Llagas que no cicatrizan
- Cambio en la apariencia de un lunar
- Dolor en los senos
- Bulto en el pecho
- Secreción de los pechos mamarios
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Solo mujeres

¿Esta embarazada?

- Si- fecha de alivio ___/___/___
- No- último periodo menstrual ___/___/___
- Esterilidad
- Periodos menstruales dolorosos o irregulares
- Descarga vagina
- Otro: _____
- Ninguno en esta categoría

Embarazos:

Fecha	Resultado

Comentarios: _____

He leído la información anterior y certificar que sea verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento, y por este medio autoriza a esta oficina para proporcionar cuidados quiroprácticos, exámenes de diagnóstico y / o servicios terapéuticos, de conformidad con los estatutos de este estado.

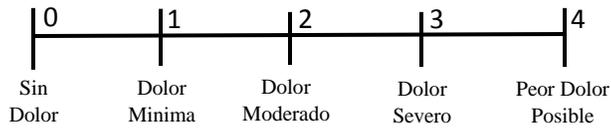
Firma del Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Firma del Médico Tratante _____ Fecha _____

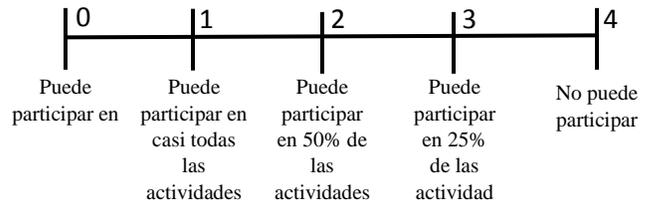
Escala de Dolor

Para poder asesar su condición, necesitamos entender como su condición ha afectado su habilidad de manejar sus actividades de diario vivir. Por favor circule el número que mas describa su condición hoy.

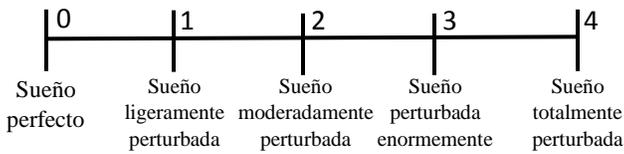
1. Intensidad de dolor



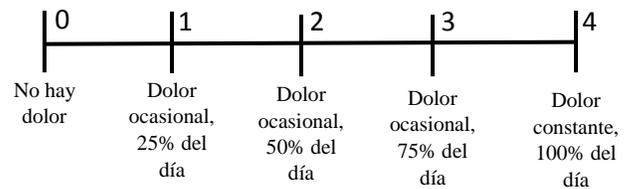
6. Recreaciones



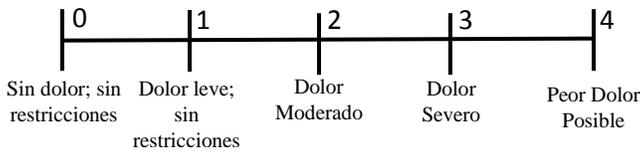
2. Durmiendo



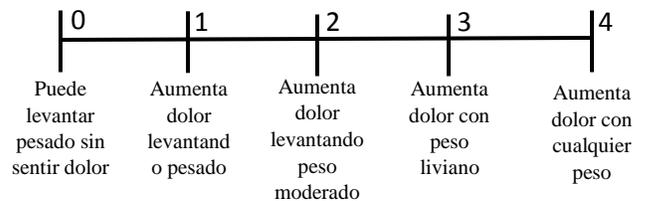
7. Frecuencia de dolor



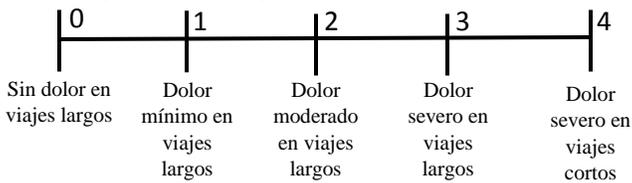
3. Cuidado Personal (lavándose, vistiéndose, etc.)



8. Levantando Cosas



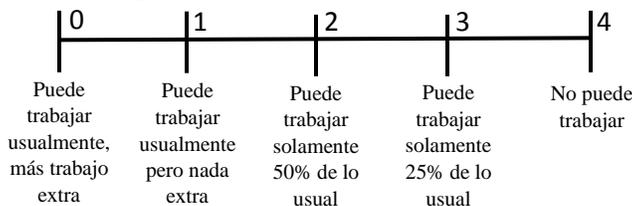
4. Viajando (manejando, etc.)



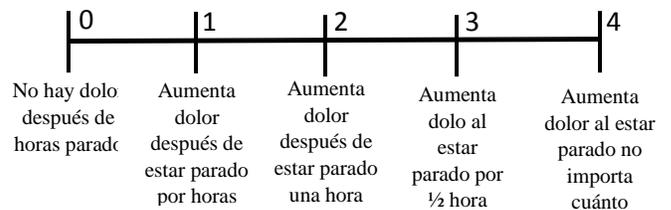
9. Caminando



5. Trabajo



10. Al Estar Parado



Firma Del Paciente

Fecha

Patient ID# _____

Total Score _____ / 40