



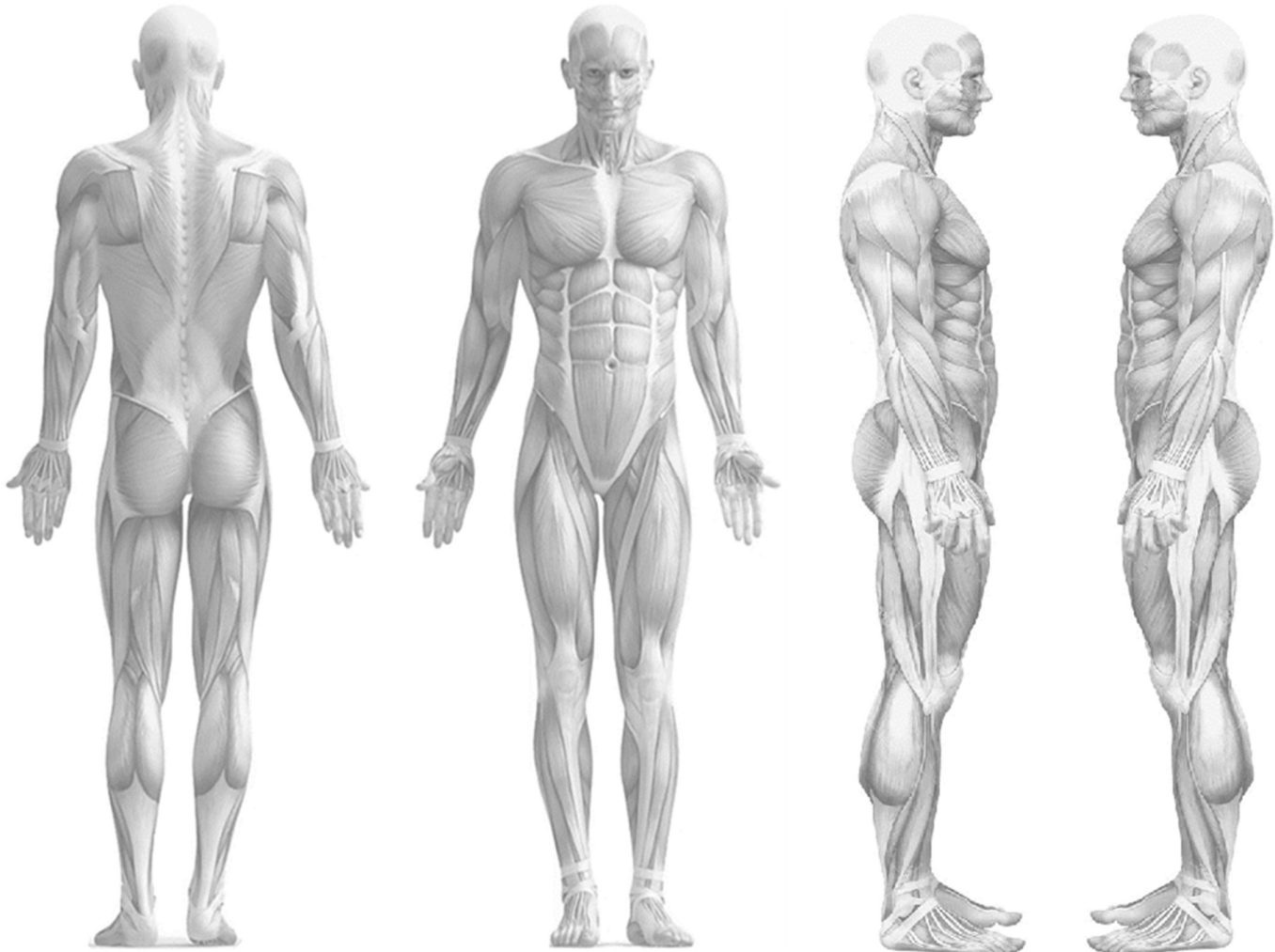
Datos del paciente

		Fecha:		/ /	
Nombre:	Apellido		SSN		
Dirección	Ciudad		Estado	Código Postal	
Fecha de Nacimiento	/ /	Edad:	Email		
# de Celular	# Casa	#Trabajo			
Ocupación	Empleador				
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo
Nombre del Cónyuge	¿Como sabes de nosotros?				
Contacto de emergencia	Teléfono		Parentesco		

Diagrama de Dolor

Utilice las siguientes letras o símbolos para indicar el Tipo y la Ubicación de los síntomas que está experimentando actualmente.

O= Latidos **T**= Tensión **V**=dolor agudo * = Se Radia o Extiende **A**= Dolor **E**=Electricidad
N= Entumecimiento **S**= Punzadas **B**= Ardor ///= Agujas o alfileres **X**= Otro _____



Problemas

Por Favor separa tus problemas y descríbelos individualmente en los recuadros de abajo:
 Liste el problema más severo primero.

Ejemplo			
Problema#1	Description:	¿Cuándo empezó?	¿Qué lo ocasionó?
Dolor de cuello y hombro	Me duele ambos lados especialmente la base de mi cuello y los hombros.	El lunes pasado	Trabajando en la computadora. Mala postura.

Problema #1	Description:	¿Cuándo empezó?	¿Qué lo ocasionó?

Problema #2	Description:	¿Cuándo empezó?	¿Qué lo ocasionó?

Problema #3	Description:	¿Cuándo empezó?	¿Qué lo ocasionó?

Problemas	Description:	¿Cuándo empezó?	¿Qué lo ocasionó?

¿Qué tipo de tratamiento está buscando? Marque todos los que apliquen

Tipos de planes	Tipo de tratamiento
<input type="checkbox"/> Cuando lo necesitas <input type="checkbox"/> Mensual (1 o 2 visitas por mes) <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento (1-3 veces por semana) <input type="checkbox"/> Sugerencia del Doctor para tu caso	<input type="checkbox"/> Manipulación /Ajustes <input type="checkbox"/> Terapias (Estimulación electro muscular, Ultrasonido, Tracción) <input type="checkbox"/> Rehabilitación (Estiramientos específicos & Ejercicios) <input type="checkbox"/> Masaje

Historia médica actual

¿Tiene un doctor de atención primaria? (primary care) Si No

Nombre: _____ Clínica: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Está viendo a otro profesional de la salud actualmente? Si No

Nombre: _____ Clínica: _____ Dirección: _____
Especialidad: _____ Razón: _____

Nombre: _____ Clínica: _____ Dirección: _____
Especialidad: _____ Razón: _____

¿Están tus doctores enterados de tus actuales problemas/condiciones? Si No

¿Podemos discutir tus problemas/enfermedades con tus otros doctores? Si No

¿Tienes algún diagnóstico o enfermedad relacionada con tu actual problema? Si No

Por Favor explique: _____

¿Sufres de alguna enfermedad congénita? Si No _____

¿Tienes alguna alergia a medicamentos, materiales o alergias medioambientales? Si No

¿Qué medicamentos o suplementos estas tomando?

Medicamentos / Suplementos	Motivo	fecha de inicio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia médica pasada

¿Cuándo fue tu último examen físico? Fecha: _____ Doctor _____

¿Ha tenido alguna cirugía u hospitalización? Si es así, describa cuándo y el motivo

Fecha	Motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Alguna vez has estado en un accidente de coche? Si es así, cuándo y describa (si se describe arriba, omita)

¿Alguna vez has tenido una lesión deportiva? Si es así, cuándo y describa (si se describe arriba, omita)

Describe cualquier otra lesión o accidente anterior o cualquier otra información relevante que desee que sepamos _____

Historia Familiar

Revise las enfermedades y condiciones enumeradas a continuación e indique aquellas que son problemas de salud actuales de los miembros de la familia. Deje en blanco aquellos espacios que no correspondan. Si falleció, indique la causa de la muerte.

CONDICIÓN	PADRE Edad []	MADRE Edad []	ABUELO - ABUELA PATERNO Edad [] - Edad[]	ABUELO - ABUELA MATERNO Edad[] - Edad[]	HERMANO(S) Edad[] - Edad[]	HERMANA(S) Edad[] - Edad[]
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Asma-rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Bursitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problema de disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Neuralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Radiculopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Causa de fallecimiento						

Historia Social

Empleo o Trabajo (Trabajo / Escuela / Juego)

- Trabajo a tiempo completo Trabajo a tiempo parcial Actividad Regular Actividad Ligera
 Estudiante Retirado Desempleado Discapacitado Ocupación _____

Cultura / Religión

¿Existen costumbres o creencias religiosas o deseos que puedan afectar su tratamiento? Si no
por favor explique: _____

Hábitos Sociales / de salud

- **Nicotina:** Si No En el Pasado
Tipo: Cigarrillos Parches/Goma de mascar Vaporizador Otro: _____
- **Drogas Recreacionales:** Si No En el Pasado
Tipo/Describe _____
- **Alcohol:** Si No En el Pasado
¿Cuántas bebidas alcohólicas por día? _____ ¿por semana _____?
- ¿Usted sufre de alcoholismo? Si No En el Pasado
- **Cafeína:** Si No
¿Cuántas bebidas con cafeína tomas por día? _____
 Café Bebidas energizantes Gaseosas Otras: _____
- **Ejercicio:** Si No
Que Tipo: _____
¿cuántos días a la semana? _____ ¿Cuántos minutos por día? _____
- **Dormir:**
¿Cuántas horas duerme por noche? _____
Calidad: Excelente Bueno Regular Malo Terrible
- **Estrés:**
 Nada Poco Medio Moderado Alto Extremo

Estado General de Salud

Califique su estado de salud: Excelente Bueno Regular Malo

Entorno en el que vive

¿Con quiénes vive?

- Solo Cónyuge Cónyuge e hijo(s) Cónyuge y otros Hijo(s) Compañero(s) de cuarto
 Otros parientes Grupo Asistente de cuidado personal Otro _____

Lenguaje

Lenguaje primario _____ Otros lenguajes que habla _____

¿Necesita Traductor? Si No

Barreras de Aprendizaje

- Ninguna Visual Auditiva Otra _____

Revisión de sistemas Pasado o Actual o ninguno

Condiciones Pasadas --> marcar cuadrado izquierdo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones Actuales --> Marcar cuadrado derecho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ninguno en esta categoría --> Marcar ultimo cuadrado		<input checked="" type="checkbox"/>

Pasado Actual General:

- Recientes cambios de peso
- Fiebre
- Fatiga
- Ninguno en esta categoría
- Musculoesquelético:**
- Dolor de espalda baja
- Dolor de espalda media
- Dolor de cuello
- Problemas en los brazos _____
- Problema en las Piernas _____
- Dolor de articulaciones
- Articulaciones rígidas y/o hinchadas
- Dolor/debilidad muscular o articulación
- Espasmos musculares y/o calambres
- Huesos Rotos y/o fracturados _____
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Neurologico**
- Sensaciones de entumecimiento y/o hormigueo.
- Pérdida de sensación
- Mareo y/o aturdimiento
- Frecuentes dolores de cabeza
- Convulsiones y/o crisis epilépticas
- Temblores
- Derrame
- ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza?
- Alguna vez has estado en un accidente automovilístico?
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Mental/Estrés**
- Nerviosismo
- Depresión
- Problemas para dormir
- Perdida de memoria o confusión
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Genitourinario**
- Dificultad sexual
- Cálculos renales
- Ardor / dolor al miccionar
- Cambio de fuerza / Esfuerzo para miccionar
- Micción Frecuente
- Sangre en la Orina
- Incontinencia o micción involuntaria mientras duerme
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría

Pasado Actual Gastrointestinal

- Perdida de apetito
- Sangre en las heces
- Cambio en movimientos intestinales
- Dolorosos Movimientos intestinales
- Nauseas o Vomito
- Dolor Abdominal
- Diarreas Frecuentes
- Estreñimiento
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Cardiovascular y Corazón**
- Dolores de pecho
- Cambios en ritmo cardiaco/acelerado
- Problemas de presión sanguínea
- Hinchazón de manos, tobillos o Pies
- Problemas del corazón
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Respiratorio**
- Dificultad para respirar
- Tos persistente
- Tos sangrante
- Asma o respiración sibilante
- Problemas pulmonares
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Ojos y Vision**
- Usa lentes de contactos o anteojos
- Vision doble o borrosa
- Glaucoma
- Enfermedad o lesión ocular
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Oído, Nariz y Garganta**
- Encías sangrantes o úlceras de boca
- Mal aliento o mal gusto en la boca
- Problemas dentales
- Garganta Inflamada o Cambios en la voz
- Glándulas inflamadas en el cuello
- Zumbido en los Oídos
- Dolor de oído / zumbido / drenaje
- Problemas de sinusitis / alergia
- Sangrado Nasal
- perdida auditiva
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría

Pasado Actual Endocrino, hematológico y Linfático

- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Excesiva Sed o Micción
- Extremidades Frias
- Intolerancia al calor o al frio
- Cambio en tamaño del sombrero o guantes
- Piel seca
- Problema glandular o hormonal
- Glándulas inflamadas
- Anemia
- Moretón o sangrado fácil
- Flebitis (Inflamación de una vena)
- Transfusiones
- Desorden del sistema inmunológico
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- Piel y Seno**
- Erupción o picazón
- Cambios de color de piel
- Cambios en el cabello o uñas
- Llagas no curativas
- Cambio de apariencia de un lunar
- Dolor en los senos
- Bulto en el pecho
- Secreción mamaria
- Otro _____
- Ninguno en esta categoría
- SOLO MUJERES**
- Infertilidad
- Irregulares o Dolorosos Periodos menstruales
- Secreción vaginal
- Otro _____
- Menopausia
- Ninguno en esta categoría
- ¿Estas embarazada?**
- Si - fecha de parto ____/____/____
- No - Ultimo periodo menstrual
____/____/____
- Embarazos completado o inconclusos y fecha**

Comentarios: _____

Yo he leído la información anterior y certifico que es verdadera y correcta de acuerdo con mi leal saber y entender. Con mi firma abajo, doy mi autorización a esta oficina para que me brinde tratamiento quiropráctico, pruebas de diagnóstico y/o servicios terapéuticos, de conformidad con los estatutos del

Firma de Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____