

## 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? \_\_\_\_\_

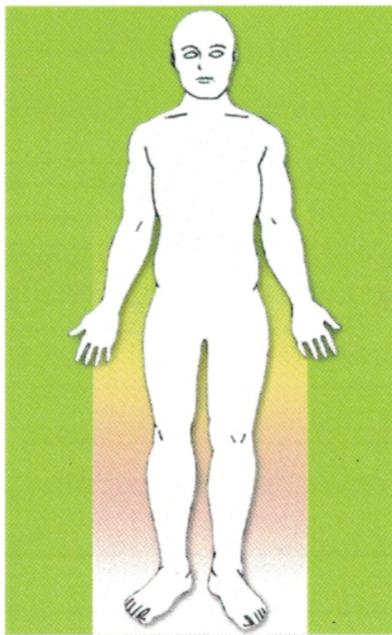
### Salud actual

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

¿Desde cuánto hace? \_\_\_\_\_

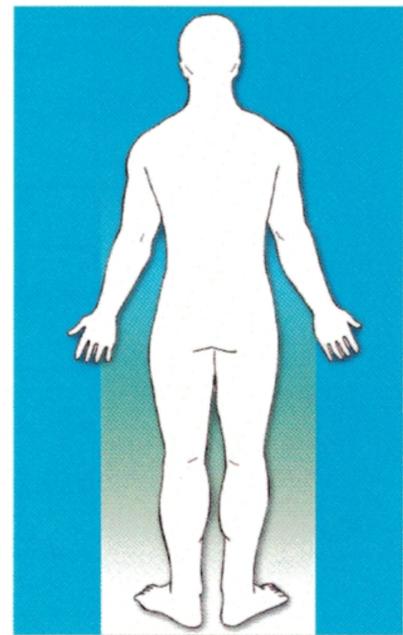
¿Es (tá)  empeorando  mejorando  intermitente  constante  no sabría decirlo

¿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

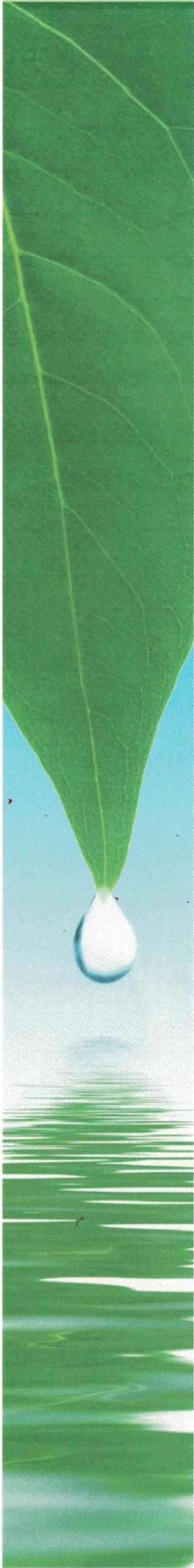
Por favor, explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 descríbala \_\_\_\_\_

¿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)

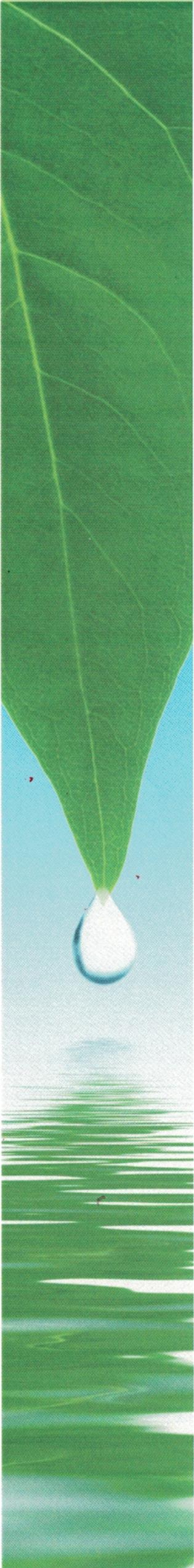
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> caídas/accidentes                 | <input type="checkbox"/> lesiones de cráneo | <input type="checkbox"/> peleas                   |
| <input type="checkbox"/> lesiones deportivas               | <input type="checkbox"/> fracturas óseas    | <input 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 descríbalo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### ¿Qué sabe de quiropráctica?

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

¿Sabe qué es 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 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)