

HISTORIAL PERSONAL

File# _____

PLEASE PRINT:

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo) (Nombre Preferido)

Domicilio _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Casa _____ Numero de Celular _____ Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M F Estatus Civil: C S V D Numero de Niños _____

Ocupacion _____ Nombre de Epleado _____ Numero de Trabajo _____

Seguro Social # _____ Nombre de Esposo (a)/ Pareja _____

Doctor Medico Principal _____ en _____ Ningun _____

A quien le agradecemos la referencia? _____

Le gustaria recibir correos electronicos de nuestra oficina? [] Sí [] No

En Caso De Emergencia:
Algun familiar o amigo que no viva en su hogar _____ Telefono _____

Yo entiendo claramente y se que soy responsable por el pago total de los servicios.

Firma del paciente _____ Fecha _____

HISTORIAL MEDICO

Historial de Familia

Edad de padre _____ Sí fallecido, razon y edad al morir. _____

Edad de madre _____ Sí fallecida, razon y edad al morir. _____

Algun miembro de familia tiene un historia de los siguientes (circular):

- Cancer Problemas de Corazon Higado Riñon Pulmones Problemas Mentales Diabetis
Alta Presion Infarto Scoliosis Otro: _____

Historial Social

Tabaco _____ paquetes por dia Alcohol _____ bebidas per dia / semana / mes

Drogas/Substancias: [] No [] Sí

Informacion de Ocupacion

[] Empleado: trabajando _____ horas / semana [] Desempleado(a) [] En Hogar

[] Retirado(a) - previa ocupacion _____ [] Estudiante [] Desibilitado

Trabajo usual es: [] Sentado [] Parado [] Otro _____

Su trabajo requiere: [] Uso de computadora/ telefono prolongado [] Levantar objetos frecuentemente

[] Trabajar sobre hombros

Esta desibilitado permanente? [] No [] Sí - Region del cuerpo: _____ Año: _____

General

Hace ejercicio en lo regular? [] No [] Sí - Dias a la semana _____ Tipo de ejercicio _____

Grado de actividad fisica (incluir hogar y trabajo): [] Muy Poco [] Moderado [] Pesado

Niveles de estres: [] Minimo [] Moderado [] Severo

Este embarazada? [] N/A [] No [] Sí [] Alomejor

Nombre _____ Fecha _____ DC/CA _____

Describe sus sintomas _____

Cuando empezaron sus sintomas? _____

Como empezaron sus sintomas? _____

Cada cuando tiene sus sintomas?

Diariamente _____ 5-6 días por semana _____

3- 4 días por semana _____ 1-2 días por semana _____

1-2 al mes _____ Otro _____

Tipo de Sintomas

(Circula un numero)

Dolor agudo/ apunalados

Adolorido

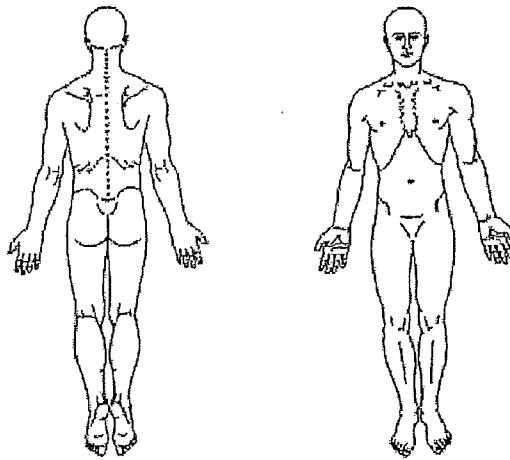
Ardor

Hormigueo/ Alfileres y Agujas

Entomido

Tiros de Dolor

Debil



Level de Sintoma

- 0 Nada
- 1 Leve
- 2
- 3
- 4
- 5 Moderado
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Severo

Su dolor esta empiorando? No Sí Igual Que lo hace peor? _____

Que lo hace mejor? _____

Su condicion interfiere con? Dormir Trababjar Rutina diaria _____

Ahorita como se siente... (Circular)

Excelente Muy Bien Bien No Muy Bien Muy Mal

A quien a mirado por sus sintomas? (Circular los que apliquen)

Nadie Doctor Medico Otro Quiropractico Terapista Fisico Terapista de Masajes Otro _____

Que haz hecho por tus sintomas? (Circular los que apliquen)

Medicamento resetado Medicamento de tienda Hielo Algo Caliente Otro _____

Que tipo examanes has tenido? (Fecha/lugar)

Radiografias: _____ MRI: _____ CT: _____ Otro: _____

Has tenido un problema similar en el pasado? No Sí _____

Sintomas

Esta sufriendo de algun sintoma de la lista? *(todos los que apliquen)*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fatiga General | <input type="checkbox"/> Dolor de Nariz | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon |
| <input type="checkbox"/> Debil | <input type="checkbox"/> Drenaje Nasal Execivo | <input type="checkbox"/> Tobillo Inchado |
| <input type="checkbox"/> Fiebre (continua) | <input type="checkbox"/> Sangrado de Nariz (cronico) | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Sueno | <input type="checkbox"/> Infecion Nasal (cronico) | <input type="checkbox"/> Presion Alta o Baja |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Peso | <input type="checkbox"/> No Poder Oler | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho |
| <input type="checkbox"/> Sudar en los Noches | <input type="checkbox"/> Glandulas Engradecidas | <input type="checkbox"/> Mala Circulacion |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Sabor Abnormal | <input type="checkbox"/> Cambro en Apetito |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Infecion de Amigdalas | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dificultad al Pasar Comida | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Gas Excesivo |
| <input type="checkbox"/> Nervios/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de Etiroides | <input type="checkbox"/> Nauseas/Vomito |
| <input type="checkbox"/> Depresion (prolongada) | <input type="checkbox"/> Temblorina | <input type="checkbox"/> Diarea (excesiva) |
| <input type="checkbox"/> Fobia | <input type="checkbox"/> Piel Enrojesida | <input type="checkbox"/> Estreñido(a) (excesiva) |
| <input type="checkbox"/> Perder Memoria | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Ardor/Agruras/Indigestion |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en Concentrar | <input type="checkbox"/> Cambios en Pelo (sin planiar) | <input type="checkbox"/> Problemas con Vesicula Biliar |
| | <input type="checkbox"/> Cambios en Uñas (sin planiar) | <input type="checkbox"/> No Poder Detener Orina |
| | <input type="checkbox"/> Moretes (facilmente) | <input type="checkbox"/> Orinar Frecuentemente |
| Problemas al Oir | <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Orinarse en Cama |
| Retumbar en Oidos | <input type="checkbox"/> Toz (cronica) | <input type="checkbox"/> Menstrucion Iregular o Dolorosa |
| Dolor en Oidos | <input type="checkbox"/> Resuello (cronico) | <input type="checkbox"/> Sangre Vaginal Abdominal |
| Descargo del Oido | <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar | <input type="checkbox"/> Impotencia/Esteril |
| Problemas de Vision | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar |
| Dolor de Ojos | <input type="checkbox"/> Escalofrios (continuo) | Alergias: |
| Descargo de los Ojos | | |

Ninguna de los sintomas aplican.

Ha tenido algun tipo de herida a espalda en el pasado? *(accidente de carro, caida, o resvalon, concusion, etc.)* [] No [] Sí

Ha tenido cirugias o ha estado en hospital en el pasado? [] No [] Sí _____

Medicamentos que tome ahora: *(liste medicamentos o condiciones que debia tomar)* _____

Notas Generales: _____

Firma _____

Fecha _____

