

Nombre del Paciente:

Fecha:

¿Se le puede llamar a su trabajo?

Sí No

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? ¿O quién lo refirió a usted?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Fiscal | <input type="checkbox"/> Sitio en la Internet | <input type="checkbox"/> La clase de salud |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Billboard (Afiche) | <input type="checkbox"/> Folleto |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Anuncio en el periódico | <input type="checkbox"/> Comercial de TV | <input type="checkbox"/> anuncios por correo directo |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Letrero en el edificio | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Otro |

Si ha seleccionado "páginas amarillas" por favor indique qué Yellow Pages:

Si ha seleccionado 'miembro de la familia', 'amigo', o 'médico' por favor, mencione su nombre a continuación:

Si ha seleccionado "otro" por favor indique:

Condiciones médicas:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel | <input type="checkbox"/> Derrame o Embolia |

Cirugías:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Procedimiento cardiovascular | <input type="checkbox"/> Procedimiento de disco cervical | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> El reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> Laminectomías | <input type="checkbox"/> La prostatectomía radical | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata Transuretral |

Alergias

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Leche o lactosa | <input type="checkbox"/> Cacahuete |
| <input type="checkbox"/> Soy | <input type="checkbox"/> Sulfitos | <input type="checkbox"/> Trigo/gluten | <input type="checkbox"/> |

Historia Social:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Use siempre el cinturón de seguridad | <input type="checkbox"/> No usa cinturones de seguridad | <input type="checkbox"/> Usa los cinturones de seguridad por lo general |
|---|---|---|

Antecedentes familiares

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Artritis (hermano) | <input type="checkbox"/> Cáncer (padres) | <input type="checkbox"/> Cáncer (hermanos) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Colesterol (hermano) | <input type="checkbox"/> Diabetes (padres) | <input type="checkbox"/> Diabetes (hermano) |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (padres) | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (hermano) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (padres) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hermano) |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátricos (padres) | <input type="checkbox"/> Psiquiátricos (hermano) | <input type="checkbox"/> Derrame/Embolia (padres) | <input type="checkbox"/> Derrame/Embolia (hermano) |
| <input type="checkbox"/> Tiroides (padres) | <input type="checkbox"/> La tiroides (hermano) | | |

Uso de sustancia

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol (pasado) | <input type="checkbox"/> Alcohol (presente) | <input type="checkbox"/> Anfetaminas (pasado) | <input type="checkbox"/> Anfetaminas (presente) |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (pasado) | <input type="checkbox"/> Barbitúricos (presente) | <input type="checkbox"/> Cocaína (pasado) | <input type="checkbox"/> Cocaína (presente) |
| <input type="checkbox"/> Meth cristalino (pasado) | <input type="checkbox"/> Meth cristalino (presente) | <input type="checkbox"/> Heroína (pasado) | <input type="checkbox"/> Heroína (presente) |
| <input type="checkbox"/> Marijuana (pasado) | <input type="checkbox"/> Marijuana (presente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Niños masculinos

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bajo 6 años | <input type="checkbox"/> Bajo 10 años | <input type="checkbox"/> Bajo 19 años |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

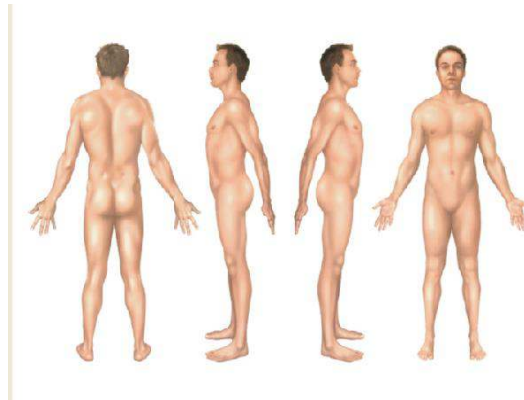
Niños femeninas

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bajo 6 años | <input type="checkbox"/> Bajo 10 años | <input type="checkbox"/> Bajo 19 años |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

Nombre de Paciente:

Usando la siguiente clave, indique en el diagrama del cuerpo adonde siente los síntomas siguientes:

= Adormecimiento X = Quemante / = Puñaladas 0 = Piquetazos * = Dolor sordo



Describa sus dolores : _____

Fecha del Accidente? Mes _____ Día _____ Año _____

¿Cuándo empezó su dolor? Mes _____ Día _____ Año _____

¿Cómo fue el inicio de sus dolores? _____

¿Cada cuando tiempo tiene los síntomas?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Constantemente
(76-100% al día) | <input type="checkbox"/> Frecuentes
(51-75% al día) | <input type="checkbox"/> De vez en cuando
(26-50% al día) | <input type="checkbox"/> Intermitente
(0-25% al día) |
|---|--|--|---|

Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Dolor sordo | <input type="checkbox"/> Dormido | <input type="checkbox"/> Disparos |
| <input type="checkbox"/> Quemante | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Penetrante | |

Indica la intensidad de sus dolores: (del 0 – 10, Nada de dolor - A mucho dolor)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Ninguno | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 insoportable | |

Como ha interferido su dolor de su día normal de rutina o de trabajo?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todo el tiempo | <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo | <input type="checkbox"/> Parte del tiempo | <input type="checkbox"/> Un poco del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Nada del tiempo | | | |

¿A quién ha visto para sus síntomas:

- | | | | |
|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nadie | <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia:
_____ | <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|

¿Qué tratamiento ha recibido para sus síntomas?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicación | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Otro |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

¿Qué pruebas ha tenido para sus síntomas?

- | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rayos X | <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética | <input type="checkbox"/> CT Scan | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|

¿Ha tenido accidentes anteriormente?

- Sí No

Nombre de Paciente:

Si usted ha recibido tratamiento en el pasado para los síntomas iguales o similares, a quien ha visto?

- Esta Oficina Otros quiropráctico Doctor en Medicina Fisioterapeuta
 Otro

¿Cuál es su ocupación?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Profesional / Ejecutivo | <input type="checkbox"/> Secretaria/ no manual | <input type="checkbox"/> Comerciante | <input type="checkbox"/> Trabajador |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina | <input type="checkbox"/> Cuidado médico |
| <input type="checkbox"/> Administración | <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Dueño de negocio | <input type="checkbox"/> Industria de servicios del alimento |
| <input type="checkbox"/> Usador de computadora | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Operador de equipo pesado |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Otro_____ | <input type="checkbox"/> |