

Nombre del paciente: _____ Fecha : _____ ID #: _____

Sintomas

Motivo de la visita

¿Cuándo notaste los síntomas por primera vez?

¿Cómo comenzó esta denuncia? _____

¿Esta afección está empeorando progresivamente? _____

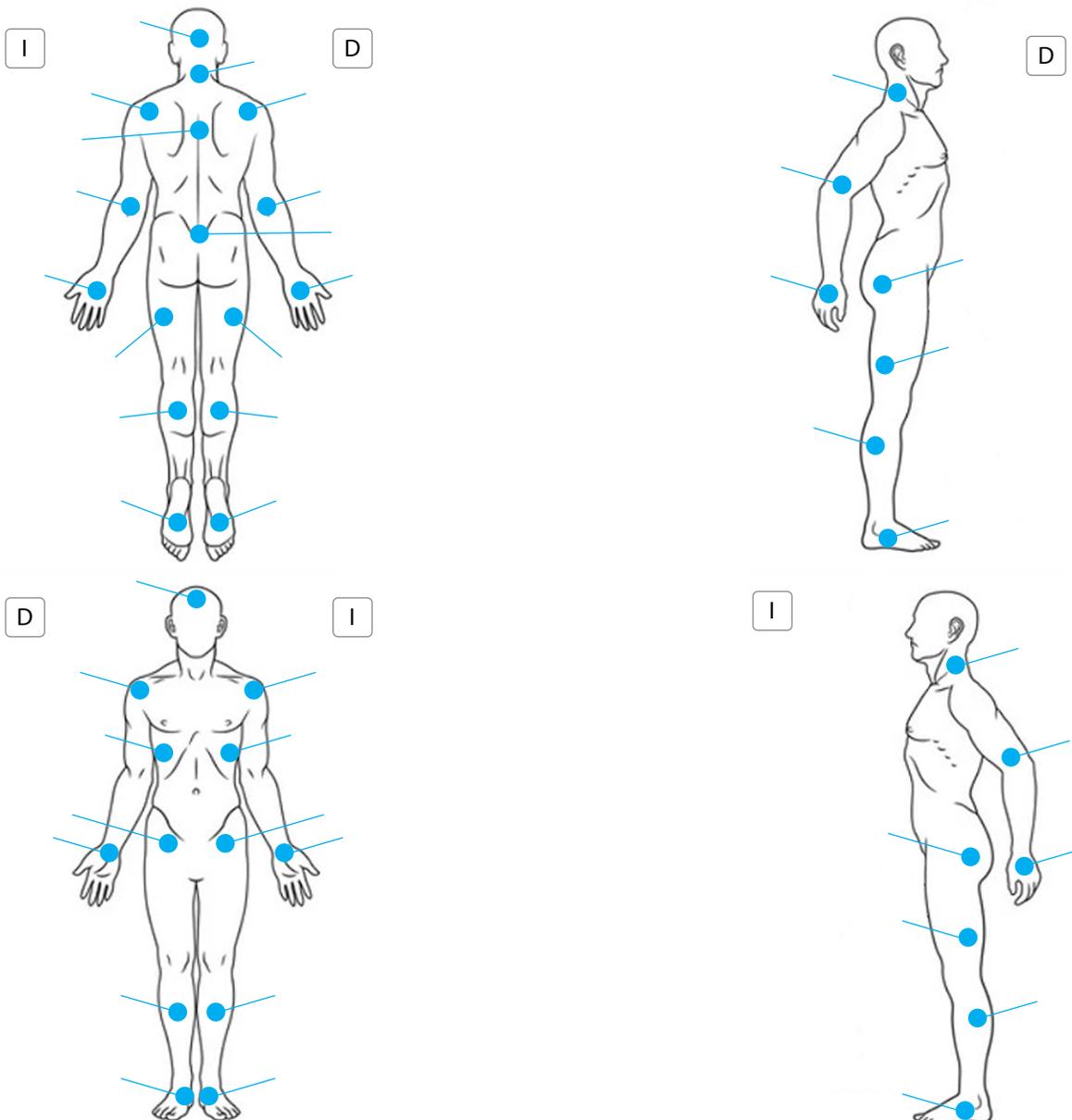
¿Dónde se encuentra específicamente el problema o los problemas?

¿Qué actividades son difíciles de realizar? ___Sentada ___ En pie ___ Caminando ___ Doblamiento ___ Acostado ___ Otro

Tipo de dolor: Afilado Insensibilizado Palpitante Entumecimiento Persistente Punzante

Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro

Marque todas las áreas donde sienta síntomas.



Nombre del paciente: _____ Fecha : _____ ID #: _____

Tasa de intensidad del dolor (1, dolor o malestar leve, a 10 dolor intenso):

¿El dolor es constante o va y viene? _____

¿Hay algo que agrave la queja? _____

¿Hay algo que lo haga mejor? _____

¿Enfermedades previas que has tenido en su vida? _____

¿Lesión o traumatismo previo? _____

¿Alguna vez ha recibido atención quiropráctica? ___ Si ___ No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Qué tratamiento ha recibido ya para su afección?

___ Medicación ___ Cirugía ___ Fisioterapia ___ Otros _____

Nombre y dirección de otros médicos que han tratado su afección:

Fecha de los últimos exámenes: _____

(Mujeres) ¿Estás embarazada? ___ Si ___ No ¿tienes enfermería? ___ Si ___ No

¿Tomas pastillas anticonceptivas? ___ Si ___ No

Haga una lista de los tipos de cirugías que tenía y las fechas en que ocurrieron:

Por favor liste todos los medicamentos que este tomando actualmente:

Alergias: _____

Antecedentes de salud familiares:

Problemas de salud asociados de los familiares _____

Hábitos diarios:

¿Qué tipo de ejercicio realizas a diario? ___ Ninguno ___ Moderado ___ Pesado

¿Qué incluyen tus hábitos de trabajo diarios? (por ejemplo: sentado, de pie, trabajo ligero, trabajo pesado, trabajo con computadora) _____

¿Qué vitaminas tomas actualmente? _____

¿Qué otro tipo de suplementos nutricionales toma (si es que toma alguno)? _____

¿Usted fuma? ___ No ___ Si ¿Cuánto por día? _____

¿Cuánto licor consumes semanalmente? _____

¿Cuánto café o bebidas con cafeína consumes a diario? _____

Autorización

El paciente acepta cumplir con la POLÍTICA DE LA OFICINA, que incluye toda la responsabilidad del pago de los servicios prestados en esta oficina para mí o mis dependientes, es mía, vencida y pagadera en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. En caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar un cargo financiero del 1 1/2% (18%) APR a mi cuenta. Acepto pagar a un abogado y los honorarios de cobranza si esta cuenta se entrega para cobranza. Los rayos X siguen siendo propiedad de esta clínica. Los datos de Los tratamientos del paciente (excluyendo los nombres del paciente) se pueden utilizar con fines de investigación.

FIRMA DEL PACIENTE (o de los padres si es menor de edad) Fecha FIRMA DEL DOCTOR Fecha