

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 páginas amarillas:**

---

**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 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

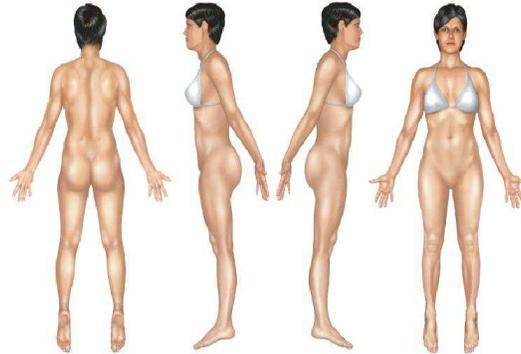
**Niños femeninas**

- |                                      |                                       |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <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<br>(76-100% al día) | <input type="checkbox"/> Frecuentes<br>(51-75% al día) | <input type="checkbox"/> De vez en cuando<br>(26-50% al día) | <input type="checkbox"/> Intermitente<br>(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 Magnetica | <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?**

- Profesional / Ejecutivo       Secretaria/ no manual       Comerciante       Trabajador  
 Ama de casa       Estudiante de tiempo completo       Doctor en Medicina       Cuidado médico  
 Administración       Construcción       Dueño de negocio       Industria de servicios del alimento  
 Usador de computadora       Cuidado de niños       Retirado       Operador de equipo pesado  
 Estudiante       Desempleado       Otro\_\_\_\_\_

**Esta embarazada? Si NO El ultimo día de su menstruación? \_\_\_\_\_ Fecha de parto? \_\_\_\_\_**

**Thank you. Please return to the front desk.**