

Historia del Paciente (Por favor imprimir)

Date: _____

Nombre: _____ Correo Electronica: _____

Direcion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Telefono Celular: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Hembra Nombre de Esposo (a): _____

#Ninos _____ Casado Soltero Divorciado Viudo

Occupacion _____ Seguridad Social # : _____ # de Licencia _____

Como estabas referido al ofecina? _____

Has tenido Cuidad Quiropractica antes? _____ Si, cuando? _____

Lista tus quejas en orden de serveridad: Marcar todos ques describe tu quejas :

Queja 1: _____ Por cuanto tiempo? _____
Causa original del problema? _____
<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Obstculo <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Ardiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> 0 <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
<input type="checkbox"/> Constante (100%) <input type="checkbox"/> Frecuente (50% - 90%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 50%) <input type="checkbox"/> Ocasional (1% - 25%)

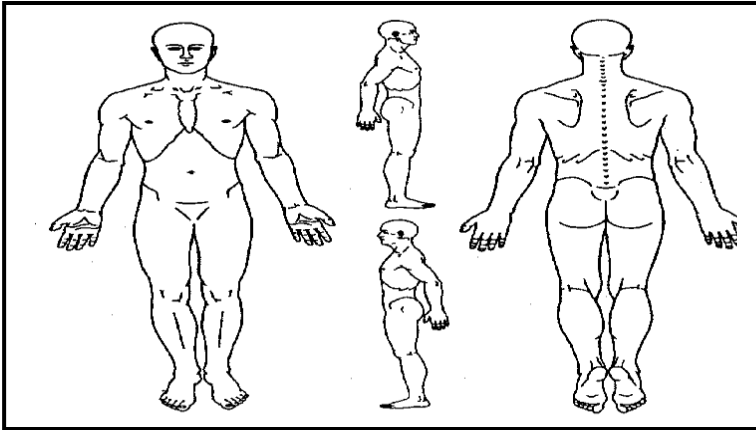
Queja 2: _____ Por cuanto tiempo? _____
Causa original del problema? _____
<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Obstculo <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Ardiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> 0 <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
<input type="checkbox"/> Constante (100%) <input type="checkbox"/> Frecuente (50% - 90%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 50%) <input type="checkbox"/> Ocasional (1% - 25%)

Queja 3: _____ Por cuanto tiempo? _____
Causa original del problema? _____
<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Obstculo <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Ardiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> 0 <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
<input type="checkbox"/> Constante (100%) <input type="checkbox"/> Frecuente (50% - 90%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 50%) <input type="checkbox"/> Ocasional (1% - 25%)

Esta Queja interefere con su:	Metas para Cuidado :
Trabajo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TEMPLADO <input type="checkbox"/> MODERATE <input type="checkbox"/> SEVERE	_____
Dormir <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TEMPLADO <input type="checkbox"/> MODERATE <input type="checkbox"/> SEVERE	_____
Rutina Diario <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TEMPLADO <input type="checkbox"/> MODERATE <input type="checkbox"/> SEVERE	_____
Recreacion <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TEMPLADO <input type="checkbox"/> MODERATE <input type="checkbox"/> SEVERE	_____

Lista otro doctores consultatodopara este conditcon:
1. _____ Direccion: _____
2. _____ Direccion: _____

Marca un "X" en las areas que sientes dolor. Dibujar un fleche si el dolor viaja. Incluir todos los areas afect



Historia de Familia (Por favor enumere todas las condiciones o enfermedades conocidas que puedan aplicarse):

Madre: _____
 Padre: _____
 Abuelos: _____
 Hermanos: _____
 Otras afecciones familiar3s conocidas: _____

Estas embarazada: Si No Fecha de Alivio: _____

Hay algo más que pienses que deberíamos saber o que te gustaría discutir: (Explica): _____

PREOCUPACIONES: Hemos encontrado que estas son las preocupaciones comunes que tienen las personas como usted. Queremos asegurarnos de que esté cómodo antes de que comencemos la atención. Agrega cualquier otro que sea relevante y encierra en un círculo tus 3 mejores.

¿Te va a doler?	¿Es caro?	¿Qué hago si la quiropráctica no funciona?
¿Tengo que venir para siempre?	¿Son peligrosos los rayos X?	No quiero ser rajado
¿Es seguro para los niños?	¿Se puede arreglar esto?	¿Qué pasa si el seguro no cubre la quiropráctica?
¿Es adictivo?	_____	_____

FORTALEZAS: Los hábitos fuertes son clave para la salud: Nos ayudan a cuidar de usted si tenemos una idea de cómo cuida su cuerpo. Añade cualquier otro que sea relevante y encierra en un círculo los 3 primeros.

Estírese de 3 a 5 veces por semana	Ejercicio de 3 a 5 veces por semana	Tome ½ peso de mi cuerpo de onzas de agua.
Tomar suplementos para la salud	Tener una actitud positiva	Beber o comer algo verde todos los días
Duerma de 6 a 8 horas por noche	Realice actividades para minimizar el estrés regularmente	
No fumador	Obtenga atención quiropráctica de 4 a 8 veces al año.	
_____	_____	

OBJETIVOS: Queremos asegurarnos de que obtenga un alivio duradero y disfrute de la máxima mejora funcional. Agregue cualquier otro que sea relevante y marque con un círculo su top 3.

Duerma toda la noche	Continúe trabajando / vuelva a trabajar	Juegue con sus hijos / nietos normalmente
Haga ejercicio nuevamente	Evite los brotes futuros	Tenga una mejor actitud
Tenga algunos momentos de alivio	Bajar los medicamentos para el dolor	Prepárese para un próximo evento
Sentarse / párese cómodamente por un período prolongado	_____	_____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Noticie: No todos los pacientes requieren radiografías para determinar o verificar un diagnostico, tipo y duración de la atención. Si su examen justifica el análisis de rayo X, prevalecerá la siguiente políticas de la oficina: Todos los gastos de primera visita se pagaran cuando se presten los servicios. La taifa pagada por los rayos X es solo para análisis. La película en si es propiedad de esta oficina y no puede ser liberada.

Si Tiene seguro por favor de a la recepción su tarjeta