

# HISTORIA & REGISTRO DE QUIROPRÁCTICA

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada Sola Divorciada Viuda

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Patron: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposa: \_\_\_\_\_

Empleador del Esposa: \_\_\_\_\_

De nombre y edad de los niños (quien reside en el hogar)  
\_\_\_\_\_

Quien podemos agradeceremos refiriéndose te? \_\_\_\_\_

## NÚMEROS DE TELÉFONO

Casa: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Celular de Esposa: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## SEGURO

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Medicare#: \_\_\_\_\_

Directiva complementaria: \_\_\_\_\_

Política #: \_\_\_\_\_

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. Autorizo al doctor a liberar toda la información en cuanto a mis registros si es necesario. \_\_\_\_\_ **Inicia**

## INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

¿Es condición debido a un accidente? Sí No

Tipo de accidente: Inicio Automático

Trabajo Otro

## CONDICIÓN DE PACIENTE

Por favor compruebe si estás aquí para atención de bienestar

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

¿Cuándo sus síntomas aparecen? \_\_\_\_\_

¿Es su condición progresivamente empeorando? \_\_\_\_\_

Poner una "X" en la imagen donde tienes dolor, entumecimiento o hormigueo.

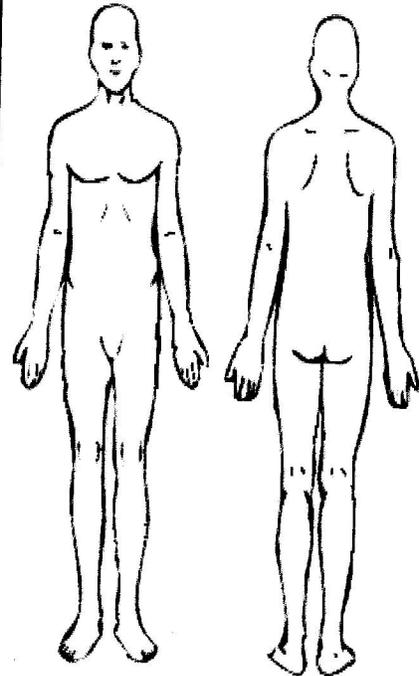
Velocidad de la gravedad de su condición: 0 (menos) a 10 (peor) \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: Agudo Aburrido Ardiente Palpitando Entumecimiento  
Calambre

Frecuencia de dolor: Constante o Va y Viene

¿Interfiere con: Trabajo Dormir Diaria Rutina Recreación

Las actividades que son más dolorosas: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL MÉDICO

¿Qué tipo de atención usted ya ha recibido su condición? Quiropráctica Masaje Medicación Cirugía Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le ha cuidado: \_\_\_\_\_

Última fecha de examen espinal, rayos X, MRI, CT o análisis de hueso: \_\_\_\_\_

Por favor **círculo** las condiciones **actualmente** sufren y **Compruebe** que usted **previamente** han tenido.

VIH/SIDA	Alcoholismo	Alergia Tomas	Anemia	Anorexia
Apendicitis	Artritis	Asma	Sangrado	Bulto de mama
Bronquitis	Bulimia	Cáncer	Cataratas	Dependientes químicos
Varicela	Diabetes	Enfisema	Epilepsia	Fracturas
El Glaucoma	Bocio	Gonorrea	Gota	Cardiopatía
Hepatitis	Hernia	Herniado Disco	Herpes	Colesterol Alto
Riñón Enfermedad	Hígado Enfermedades	Sarampión	Dolor de la Cabeza	Aborto
Mono	MS	Paperas	Osteoporosis	Marcapasos
Parkinson	Pellizcados Nervio	Neumonía	Poliomielitis	Próstata Problema
Artritis de Reumatoide	Atención psiquiátrica	Prótesis	Fiebre Reumática	Escarlatina
Trazo	Problema de Tiroides	Intento de Suicidio	Tonsilitis	TB
Tumores/Crecimientos	Fiebre Tifoidea	Ulceras	Infecciones vaginales	Venéreas Enfermedad
Tos Ferina	Resfriados	Gripe	Problemas de Visión	Infecciones Virales
Fibromialgia	Migrañas	Otros: _____		

<b>EJERCICIO</b>	<b>TRABAJO ACTIVIDAD</b>	<b>HÁBITOS</b>
Ninguno Moderada Diario Deportes extremos Levantamiento de peso Otro: _____	Sentado _____ Hrs/día Permanente _____ Hrs/día Trabajo Liviano _____ Hrs/día Trabajo Pesado _____ Hrs/día Otro: _____	Fumar _____ Paquetes/día Alcohol _____ Bebidas/semana Café/cafeína _____ Tazas/día Alto nivel de estrés-Razón _____ Otro: _____

**Sólo para mujeres:** ¿Está embarazada? No Sí Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Último Período Menstrual: \_\_\_\_\_

### LESIONES Y CIRUGÍAS

Descripción:	Fecha:
Cae: _____	_____
Las lesiones de la cabeza / latigazo: _____	_____
Fracturas y dislocaciones: _____	_____
Cirugías: _____	_____
Cáncer: _____	_____

### MEDICAMENTOS Y VITAMINAS Y HIERBAS Y MINERALES

Enumere todos los meds, vitaminas y suplementos actualmente tomando: \_\_\_\_\_

Autorizo el médico y sus colaboradores me examinar y realizar los procedimientos diagnósticos necesarios, incluyendo X-ray para evaluar plenamente mi condición para la presencia de subluxación vertebral.

**Firma Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_