

Fecha \_\_\_\_\_

**Datos del paciente**

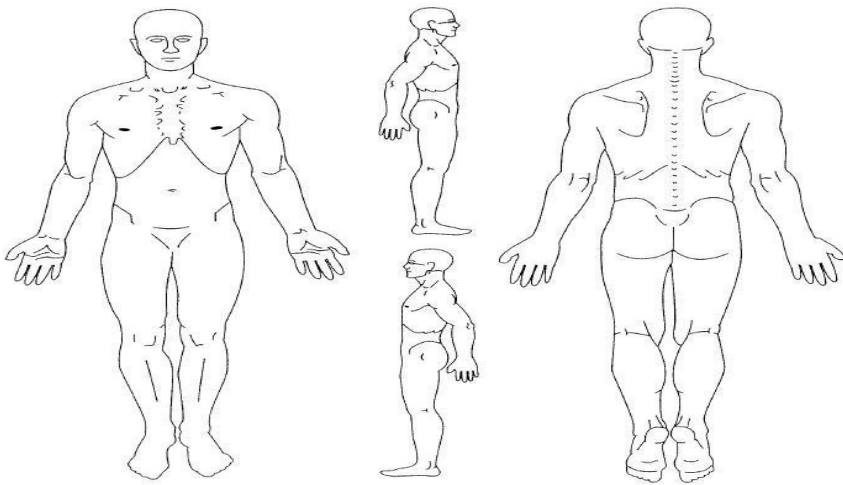
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Otro Nombre de cónyuge \_\_\_\_\_ # de hijos/as \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Datos del empleador**

Situación laboral  Empleado/a  Desempleado/a  Estudiante  Retirado/a  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Razón de su visita**  **Por síntomas o una condición** (Llene esta sección)  **Chequeo general de salud** (Salte esta sección)

(USE EL DIBUJO DEL CUERPO – Marque "X" en las áreas donde siente síntomas)



**¿Qué siente?**  Entumecimiento  Ardor  
 Punzadas  Hormigueo  Dolor sordo  
 Otro tipo \_\_\_\_\_

**¿Cuándo comenzó?** (Fecha) \_\_\_\_\_

**¿Cuál fue la causa?** \_\_\_\_\_

**¿Cuán severo es el síntoma?** (Circule)

Nada → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← Severo

**¿Con qué frecuencia experimenta síntomas?**

- Constantemente (76 % a 100 % del día)
- Frecuentemente (51 % a 75 % del día)
- Ocasionalmente (26 % a 50 % del día)
- Intermitentemente (0 % a 25 % del día)

**¿Cómo están cambiando sus síntomas?**

- Mejoran  No cambian  Empeoran

**¿Qué alivia a sus síntomas?** \_\_\_\_\_

**¿Ha recibido algún tratamiento para esta condición?** (Explique) \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido este problema antes?** \_\_\_\_\_

**¿Le han tomado radiografías en los últimos dos años? ¿Dónde?** \_\_\_\_\_

**Otros detalles** \_\_\_\_\_

**Referido & Experiencia Quiropráctica**

**¿Cómo se enteró de nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

**¿Ha ido a quiropráctica/o antes?** \_\_\_\_\_

**Efectos de la afección actual en el desempeño (Marque todas las que le correspondan)**

	<b>Sin efecto</b>	<b>Leve</b> Doloroso (puede realizar)	<b>Moderado</b> Doloroso (limitado)	<b>Grave</b> Incapaz de desempeñarse
Inclinarse/Doblarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados a su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cargar/levantar objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiar de posición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar vehículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar brazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotar el cuello/cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lectura (concentración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentarse de forma estática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar de pie de forma estática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Solo Para Mujeres**

¿Está embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_  
 ¿Está lactando actualmente? \_\_\_\_\_

**Nivel de actividad (Marque todas las que le correspondan)**

¿Cómo pasa la mayor parte del tiempo?  De pie  Sentada/o  De pie y sentada/o  Caminando  Otro  
 ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio?  3 o más  1 a 2  Casi nunca  Nunca  Otro

**Historial médico (Marque todas las que le correspondan y explique)**

Ninguna aplica

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_  
 Accidentes de auto \_\_\_\_\_  
 Fracturas \_\_\_\_\_  
 Desmayos \_\_\_\_\_  
 Otros accidentes \_\_\_\_\_

**Cirugías (Marque todas las que le correspondan)**

Ninguna

<input type="radio"/> Apendicetomía	<input type="radio"/> Amigdalectomía	<input type="radio"/> Histerectomía	<input type="radio"/> Biopsia	<input type="radio"/> Dental
<input type="radio"/> Próstata	<input type="radio"/> Hernia	<input type="radio"/> Vesícula biliar	<input type="radio"/> Urogenital/Vejiga	
<input type="radio"/> Cardiovascular	<input type="radio"/> Cerebral	<input type="radio"/> Gastrointestinal	<input type="radio"/> Reemplazo de articulaciones	
<input type="radio"/> Columna vertebral	<input type="radio"/> Rodilla	<input type="radio"/> Hombro	<input type="radio"/> Túnel carpiano	
Otras _____				

**Antecedentes sociales (Marque todas las que le correspondan)**

Cigarrillos/Tabaco	<input type="radio"/> a menudo	<input type="radio"/> ocasionalmente	<input type="radio"/> nunca
Cafeína (Café/Sodas)	<input type="radio"/> a menudo	<input type="radio"/> ocasionalmente	<input type="radio"/> nunca
Alcohol	<input type="radio"/> a menudo	<input type="radio"/> ocasionalmente	<input type="radio"/> nunca
Estrés	<input type="radio"/> a menudo	<input type="radio"/> ocasionalmente	<input type="radio"/> nunca

**Antecedentes en familiares (Marque todas las que le correspondan)**

Ninguno o Desconoce

<b>Artritis</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos	<b>Hipertensión</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos
<b>Cáncer</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos	<b>Accidentes cerebrovasculares</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos
<b>Enfermedad cardíaca</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos	<b>Tiroides</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos
<b>Diabetes</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos	<b>Riñones</b>	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Hermanos
Otro _____					

**Antecedentes de salud del paciente (Marque todas las que correspondan)**

Ninguno

	Pasado	Actual		Pasado	Actual		Pasado	Actual
<b>Cardiovascular</b>			<b>Gastrointestinal</b>			<b>Otros Síntomas</b>		
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de vesícula biliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latidos irregulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hinchazón de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de mandíbula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcapasos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Respiratorio</b>	Pasado	Actual	Fuertes dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Genitourinario</b>	Pasado	Actual	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Visión doble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vista borrosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cálculos/Piedras renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Dificultades para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Hematología</b>	Pasado	Actual	Mareos o Vértigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sistema neurológico</b>	Pasado	Actual	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Náuseas o vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Alérgico o inmunológico</b>	Pasado	Actual	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome del túnel carpiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastorno inmunológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Caída del cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida o aumento de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Bajo nivel de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sistema osteomuscular</b>	Pasado	Actual	<b>Psiquiatría</b>	Pasado	Actual	Dificultad para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre o escalofríos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Rigidez de las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otra condición psiquiátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
			<b>Otros</b>	Pasado	Actual	<b>Para mujeres</b>	Pasado	Actual
<b>Sistema endocrino</b>	Pasado	Actual	Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embarazo(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinusitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parto(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Problemas con menstruación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Menopausia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Otras condiciones _____								

**Medicamentos**

Medicamentos o suplementos que toma actualmente


Alergias a medicamentos

--

**Información Demográfica (OPCIONAL - Marque todas las que apliquen)**

No Deseo Responder

<b>Raza</b>	<input type="radio"/> Amerindia o nativa de Alaska	<input type="radio"/> Asiática	<input type="radio"/> Afroamericana o negra	<input type="radio"/> Caucásica o blanca
	<input type="radio"/> Polinesia, maorí o isleña del Pacífico		<input type="radio"/> Otra	
<b>Etnicidad</b>	<input type="radio"/> Hispano o latino		<input type="radio"/> No hispano o latino	

Certifico ser el paciente y/o su guardián legal y que la información incluida en este formulario es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o guardián legal en caso de menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha