

# INFORMACION DEL PACIENTE

Ayúdeme a proporcionarle una evaluación completa completando todos los formularios que le he entregado. Toda la información que pongas a tu disposición será absolutamente confidencial.

<b>Su Nombre:</b>		<b>La Fecha</b>	
<b>Fecha De Nacimiento:</b>			
<b>Calle</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Codigo Postal:</b>
<b>Telefono de Casa:</b>	<b>Telefono Movil:</b>		
<b>Correo Electrónico:</b>			
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> S			
<b>Contacto de Emergencia:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Telefono Movil:</b>	
<b>Como escuchaste de mi / quien te refirió:</b>			
<b>Describe con qué quieres que te ayude:</b>			

¿Está bajo el cuidado de algún otro profesional de la salud por algún motivo? Si No

En caso afirmativo explicar: \_\_\_\_\_

¿Es esta tu primera experiencia con la quiropráctica? Si No

¿Cómo te sientes acerca de la quiropráctica? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que te sentiste bien? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tratamientos has probado? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados del (los) tratamiento (s)? \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado un problema específico? \_\_\_\_\_

¿Ha mejorado la condición, peor o la misma desde que comenzó? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una condición similar en el pasado? Si No Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

¿Hay algo que no estés dispuesto a cambiar para mejorar? \_\_\_\_\_

¿Qué crees que te ha impedido mejorar en el pasado? \_\_\_\_\_

Por favor, enumere aquí lo que le ha ayudado en el pasado; lo que ha ayudado en el pasado pero ya no funciona y qué pasa si algo lo ha empeorado. \_\_\_\_\_

¿Cuál cree que es un marco de tiempo razonable para resolver esta queja con la que solicita ayuda hoy? \_\_\_\_\_

## General

Ocupación: \_\_\_\_\_

Factores de estrés:  Physical  Psicológico  Químico

¿Sigues un programa de ejercicio regular?  Si  No

Duerme:  Excelente  Justa  Pobre

Apetito:  Excelente  Justa  Pobre

Movimientos intestinales:  Excelente  Justa  Pobre

Cualquier hinchazón de gas o malestar después de comer:  Si  No

Dirías que tu digestión es:  Excelente  Justa  Pobre

Agua — vasos por día: \_\_\_\_\_

Café — tazas por día: \_\_\_\_\_

Alcohol por día: \_\_\_\_\_

Tabaco por día: \_\_\_\_\_

Bebidas de soda al día: \_\_\_\_\_

Té negro — tazas por día: \_\_\_\_\_

Azúcar — por día: \_\_\_\_\_

Drogas Recreativas  Si  No Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

¿Tienes un cierto antojo por las comidas o los gustos?  Si  No

¿Anhela comida, bebida o ambientes que son  Caliente  Fria  Si  No

## Emociones:

Otros dirían que eres mayormente  Feliz  Fácilmente irritable  Enojado  Deprimido  Preocupado

Temeroso

Enumere todos los medicamentos tomados (con receta, vitaminas / minerales, hierbas):

\_\_\_\_\_

### **Condiciones actuales:**

\*\* Por favor ponga un cheque junto a cualquier condición que haya experimentado en los últimos 3 meses.

**Energía:** no complaints Baja Baja después de comer Elevado Elevado y bajo Elevado por la tarde

**Temperatura corporal:** no quejas caluroso de naturaleza fría manos y pies fríos sudar fácilmente  
sudores nocturnos sentir más calor tarde y noche Cara sonrojada palmas calientes

**Cabeza:** no quejas dolor de cabeza Mala memoria Mareo

**Ojos:** no quejas lentes correctivos daltonismo dolor de ojo cataratas lagrimeo excesivo  
sequedad ocular

**Nariz:** no quejas secreción nasal mucosa pérdida del olfato congestión nasal sinusitis

**Orejas:** no quejas descargas dolor mala audición zumbido

**Boca/Garganta:** no quejas problemas en las encías / dientes dificultad para tragar seco resfriados frecuentes  
endodoncia o importante trabajo dental

**Piel y Cabello:** no quejas Seco aceitoso caspa caída de cabello erupciones Comezón urticaria   
espinillas ulceraciones fácilmente abollado

**Músculos y huesos:** no quejas pain in: cuello superior de la espalda espalda baja codo manos rodillas   
pie / tobillo dolores musculares debilidad muscular

**Livianos:** No quejas asthma problemas para respirar respirar con flema seconar la tos pain dolor en el pecho  
ightesnormalidad en el pecho espirar cortitud en el aliento

**Corazon:** No quejas presión arterial alta presión arterial baja palpitaciones veenas varicosas nuevas fácilmente  
incomodidad en el pecho sw hinchazón de las hormonas

### **Sistema de digestión:**

no quejas vomit belching distention indigestion del abdomen después de comer problemas con los alimentos  
grasos o grasos constipación iardiarrrea / deposiciones sueltas

**Psicologico:** no quejas mal carácter pérdida de control / violencia potencial depresión tratada por problemas  
emocionales en el pasado Alguna vez considerado suicidio o intento de suicidio fácilmente susceptible al estrés

**Solo Mujeres**

¿Usas anticonceptivos?  Si  No ¿Qué tipo?

¿Senos dolorosos o tiernos?  Si  No ¿Tienes implantes mamarios?  Si  No

¿Alguna vez ha sido violada o abusada sexualmente?  Si  No

Irregular  ligero  flujo menstrual pesado?  No

¿Menses dolorosas?  Si  No

Nacimientos prematuros  Abortos involuntarios  Abortos  Ninguna de las anteriores

Ciclo menstrual de edad iniciado:

Ciclo menstrual de la edad se detuvo:

**Cancer**

¿Alguna vez te han diagnosticado cáncer?  Si  No

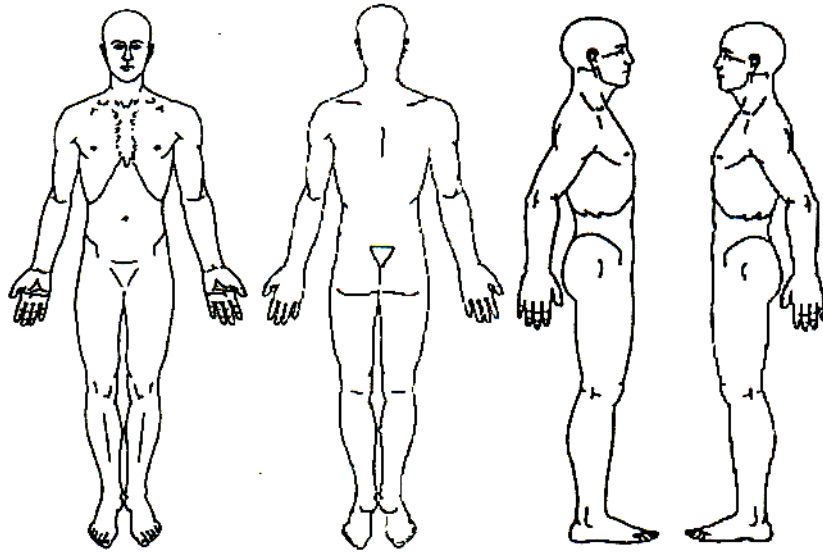
Cuándo: \_\_\_\_\_ Tipo y Ubicación: \_\_\_\_\_ Estado Actual: \_\_\_\_\_

Número y tipo de tratamientos contra el cáncer recibidos y por cuánto tiempo:

Accidentes o lesiones (describir; indicar cuándo ocurrió) \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de las cirugías que ha tenido: \_\_\_\_\_

**Áreas de malestar o problema**



Use el espacio de arriba para describir cualquier cosa que necesite para comunicarse sobre el área del cuadro que ha marcado.

**Marque todas las áreas de la imagen con una X donde sienta dolor o estrés significativo.**

Notas del doctor:

Declaro que la información proporcionada en este formulario es precisa y completa a mi mejor recuerdo. Informaré al médico si algún otro dato sobre mi condición me viene a la mente durante el tiempo que estoy en atención activa en esta oficina.

Firmado: \_\_\_\_\_

padre  guardián

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_