



Forma Confidencial Historial de Salud Quiropráctica

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Como prefiere ser llamado/a _____

Número de seguro social _____

Dirección de correspondencia _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono móvil _____

Por favor indique el mejor número para ser contactado: Casa Trabajo Móvil Otro _____

Empleador _____ tipo de trabajo _____

Dirección de trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil: Casado/a Pareja doménstida Soltero Viudo/a Divorciado/a

Nombre pareja esposo/a _____ ¿Tiene hijos? Y / N Cuántos _____

Empleador del esposo/a o pareja _____ Tipo de trabajo _____

Dirección de trabajo _____ Número de trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por referirle? _____

¿Ha tenido algun cuidado quiropráctico anteriormente? Y / N

¿Cuándo fue su ultimo ajuste quiropráctico? _____

Nombre del quiropráctico _____ ¿Le ajustaron su espina dorsal? Y / N

¿Cual es su entendimiento del cuidado quiropráctico? _____

¿Qué espera recibir de esta oficina? _____

Marque las palabras o frases que representen la razon por la cual busca cuidado quiropráctico:

Alivio a sus Sintomas Sentirse Bien Cuidado Preventivo Cuidado del Bienestar El Potencial Óptimo de la Vida

Por favor numere en la parte de abajo los detalles de cualquier sintoma que este experimentando:

PRIMER SINTOMA: _____

¿Cuándo empezó este sintoma? _____

¿Cómo empezó este sintoma? _____

Por favor describa cuando su sintoma empeora: _____

Nivel de dolor: (Bajo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Alto) **Frecuencia:** 25% 50% 75% 100% Del tiempo despierto

SEGUNDO SINTOMA: _____

¿Cuándo empezó este sintoma? _____

¿Cómo empezó este sintoma? _____

Por favor describa cuando su sintoma empeora: _____

Nivel de dolor: (Bajo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Alto) **Frecuencia:** 25% 50% 75% 100% Del tiempo despierto

TERCER SINTOMA: _____

¿Cuándo empezó este sintoma? _____

¿Cómo empezó este sintoma? _____

Por favor describa cuando su sintoma empeora: _____

Nivel de dolor: (Bajo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Alto) **Frecuencia:** 25% 50% 75% 100% Del tiempo despierto

Médico de atención primaria _____

Sirugias y condiciones medicas: por favor indique las sirugias de importancia, fracturas y condiciones medicas incluya fechas:

Medicamentos: Por favor indique los medicamentos que está tomando ya sean por prescripcion o medicamentos de venta libre y su proposito: _____

¿Alguna preocupación medica/desafios? _____

¿Su condición medica interfiere con sus actividades diarias (trabajo, sueno, familia, entretenimiento)?

¿Usted es el experto en vivir su cuerpo; Qué cree que está pasando en el y qué cree que su cuerpo le está tratando de decir? _____

Historial de Estrés (Físico, Químico, Emocional)

Físico

¿Cómo califica su salud física? Bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

¿Hace ejercicio? Y / N ¿Que tipo de ejercicio y con que frecuencia? _____

Brevemente indique los accidentes mayores, caídas, lesiones durante su vida (con fechas aproximadas o la edad que tenía cuando sucedieron): _____

¿Sabe su historia de nacimiento? Vaginal Pinzas Con Ventosa No sabe

¿Que tipo de estrés experimenta en su trabajo? (P. ej. Levantamiento, computación, movimiento repetitivo, estar sentado por tiempo prolongado, etc) _____

Químico

¿Cómo califica su dieta/nutrición? Bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

Uso de tabaco: Actualmente Anteriormente Nunca Tipo: Cigarro Tabaco de mascar Puro/Pipa

Años de uso: _____

Uso de drogas recreativas: Actualmente Anteriormente Nunca Tipo: Marihuana Otra: _____

Uso de Alcohol: Si No Anteriormente Año en que lo dejó: _____

Uso de Cafeína: Si No Cantidad diaria: _____

Mental/Emocional/Espiritual

¿Cómo califica su salud espiritual/emocional? Bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

¿Cuál es su prioridad número uno en su vida? _____

¿Cuál cree que sea su estrés principal en su vida? _____

¿Existen algunos aspectos de su vida que le producen alegría, lo inspiran o lo ayudan a sentirse mejor consigo mismo? _____

Relaciones Familiares (p.ej. buena, estresante, ninguna) _____

¿Cuáles son sus actividades de juego y relajación? _____

Historia Familiar (Por favor indique solo, madre, padre, hermanos y hermanas)

Paciente adoptado

Family Member	Dagnostico	Edad diagnosticado/a o edad de muerte	Comentarios
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermana			
Otros			

Condiciones Medicas:

Por favor marque cada enfermedad y condiciones que su cuerpo está expresando o a expresado en el pasado. Mientras que pueden parecer no relacionados con el propósito de su cita, pueden tener efecto en la evaluación completa, plan de tratamiento, y la posibilidad de ser aceptado para tratamiento.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sgrave o frecuente dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Defecto del corazon | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Cirugia de corazon/marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas de rinon |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sueno | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre hombros | <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Frecuente dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento o dolor de brazos/manos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento o dolor en las piernas/pies | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda baja | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Úlceras/colitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Corazón/derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

Para Mujeres:

- | | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|--|
| ¿Estas embarazada? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Experimenta períodos dolorosos? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estas amamantando? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene ciclos irregulares? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estas tomando anticonceptivos? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Tienes implantes mamarios? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Autorización para el cuidado

Por la presente autorizo a los quiroprácticos trabajar conmigo mediante el uso de ajustes en mi columna vertebral, según lo consideren apropiado.

Comprendo claramente y acepto que todos los servicios prestados son directamente cargados a mi y soy personalmente responsable de aser el pago. Concuero en ser financieramente responsable de todos los cargos contraídas para todos servicios rendidos en esta oficina. Los Quiroprácticos no serán considerados responsable de cualquier condición médica preexistente diagnosticada o para cualquier diagnóstico médico. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado, todos los cargos serán inmediatamente debidos y pagados. Por la presente autorizo cesión de mis derechos de seguro médico y beneficios (si son aplicables) directamente al proveedor por los servicios prestados.

_____/_____/_____/_____
Firma Fecha Padre o guardián o esposo/a autorizando cuidado Fecha

¡Gracias por escoger a Hart Family Chiropractic. Esperamos poder servirle con un cuidado quiropráctico de calidad!