

HISTORIAL MEDICO

Account #: _____

Favor de imprimir, completar el formulario y firmar al final de la hoja. Gracias y bienvenido a la familia de Total Health Chiropractic.

Nombre: _____ Fecha: _____

Estado Civil: Casado /a Soltero/a Divorciado/a viudo/a

Dereccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo p.: _____

Telefono (casa): _____ (trabajo): _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ edad: _____ E-mail address: _____

Ocupacion: _____ Lugar de trabajo: _____

Lugar de trabajo de su esposo/a: _____ Recomendado por: _____

Su seguro Social: _____ Seguro de su esposo/a#: _____

Usted habia ido con un Quiropractico antes? Si No Nombre del Quiropractico: _____

Quien es su doctor? _____

Razon de su visita? (porfavor nombre las ares con color.) _____

Fecha del accidente o el principio de sus sintomas: _____

Nombre y numero de telefono en caso de emergencias: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre de la aseguranza: _____ Telefono _____

Aseguranza de su Esposo/a: _____ Telefono: _____

Sus sintomas son causados por un accidente? Si No

En el trabajo Accidente de auto Lesiones personales

El accidente ya se reporto? Si No

a Compensacion del trabajo? Aseguranza de auto?

Usted tiene abogado? Si No

Nombre y telefono del abogado: _____

GRAVEDAD DEL DOLOR

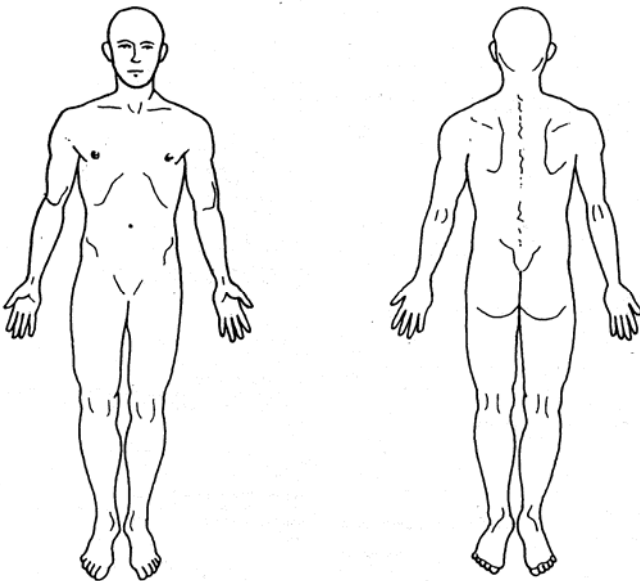
Enumere las areas con dolor y circule el numero que describe la gravedad del dolor.

El "1" representa poco dolor , El "10" representa dolor severo

- 1. _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2. _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3. _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4. _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5. _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Porfavor marque las areas con el tipo de dolor que usted siente usando los siguientes codigos.

Ardor (+++) punsada (000) cortante(---) Dolor (///)



Porvafor escriba cualquier asunto relacionado con sus sintomas que le gustaria que la doctora supiera:

Habitos

Fuma: paquetes diarios _____

Alcohol: cuanto toma al dia _____

Cafe/Te: Tazas al dia _____

Ejercicio: ___ Ninguno ___ Moderado ___ Diario

Vitaminas/hierbas (especifique):

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: alguno de sus familiares ha tenido estas enfermedades.

___ Diabetes ___ Riñones ___ Artritis ___ Corazon ___ Cancer ___ Pulmones

Usted ha tenido las siguientes enfermedades? (favor de marcar con una "x" .)

	Apendicitis		enfermedad del corazon		pulmonia
	Polio		Diabetes		Fiebre
	Anemia		Artritis		Epilepsia
	Tuberculosis		Hypertensión		Sida
	Cancer		Alcoholismo		

Favor de marcar con una "x" si usted tiene algunos de estos sintomas.

	Sistema General		Gastro -Intestinal		OONG		Respiratorio
	Dolor de cabeza		Sin apetito		Vision pobre		Tos
	Fiebre		Mala digestion		Dolor en los ojos		Se le corta la respiración
	Sudores nocturnos		Hambre excesiva		Sordera		
	Desmayo		Eruta o tiene Gases		Dolor de oido		Genito-Urinario
	Mareo		Nausea		Ruido en los oidos		Orina fecuentemente
	Convulsiones		Vomito		Sangra por la nariz		Dolor al orinar
	Falta de sueño		Dolor de estomago		Garganta irritada		Sangra al orinar
	Fatiga		Estreñimiento		Ronquera		Infección en los riñones
	Pierde peso		Diarrea		Polinosis		Moja la cama
	Alergias		Hemorroides		Asma		Incontinencia
	Debilidad		Problemas con el higado		Escalofrios		Problema en la prostata
	Tic nervioso		Ictericia		Problema con la tiroides		Infección en la vejiga
			Vesícula biliar		Amigdalitis		
					Problema de sinusitis		

	Musculos y coyonturas	Cardiovascular	Piel	Solo para mujeres
	Cuello tieso	Palpitaciones rapidas	Comezón	Periodos dolorosos
	Dolor de cuello	Palpitaciones despacio	Moretones facilmente	Flujo excesivo
	Dolor de espalda (en medio)	Alta presión	Piel reseca	Periodos irregulares
	Dolor de espalda (abajo de la espalda)	Dolor en el pecho	Bolas en la piel	Calores/bochornos
	Dolor en los brazos	Tobillos hinchados	piel Sensitiva	Retorcijones
	Entumecimiento en los brazos	Mala circulación	Urticaria	Flujo vaginal
	Dolor en las piernas	Venas varicosas	Eccema	Esta embarazada
	Entumecimiento en las piernas	Derrame cerebral		Implante de senos
	Hinchazon en las Coyonturas	Ataque al corazón		Ultima fecha de su PAP_____
	Dolor en la cadera			
	Dolor en el pie			
	Problemas con las curvas de la espalda			

Usted a tenido alguna de estas cirugias? Si es si , porfavor escriba las fechas.

	fecha		fecha		fecha
Tonsilectomia		vesicula		Hernia	
Tubos de las orejas		Estomago		Cataratas	
Sinus		Apendicectomia		Corrección en la vision	
Tiroides		Organos femeninos		Reducción de los senos	
En las quijadas		Hemorroides		Mastectomia	
Cuello		Espalda		Prostata	

Enumere los accidentes, lesiones, caídas con sus respectivas fechas.

___ Auto: _____

___ Deporte: _____

___ Escuela: _____

___ Otro: _____

Enumere cualquier fractura o dislocaciones: _____

A usted le han puesto inyección en la espalda? _____ Si _____ No

A usted lo han golpeado hasta perder el conocimiento? _____ Si _____ No

Le ha fallado la memoria? _____ Si _____ No

Le han hecho Rayos-X, MRI or CAT en la espalda? _____ Si _____ No

Si dijo si, diga cuando y en donde? _____

Usted tiene otra condición aparte de la que viene a consultar ahora?

Usted esta tomando algun tipo de medicina? _____ Si _____ No

Si dijo si, Escriba cuales : _____

Entiendo y estoy de acuerdo que las pólizas de seguro de salud y de accidente son un arreglo entre un portador de seguro y yo. Entiendo que la oficina del doctor preparará cualquier informe y forma necesaria para asistirme en el cobro del seguro y la cantidad autorizada sera pagada directamente al doctor. Sin embargo, entiendo y comprendo que todos los servicios prestados estan a mi cuenta y soy total mente responsable por hacer los pagos. Autorizo por este medio al doctor a examinarme y a tratar mi condición como él o ella considere usar el cuidado médico del chiropractico y doy la autoridad para que estos procedimientos sean realizados. El doctor no será responsable de ninguna condicion pre-medicada diagnosticada o algotra condicion hecha previamente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____