

# Registración e História



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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (año) Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estado Civil (circule uno): Soltero(a) / Casado(a) Divorciado(a) / Viudo (a)

Occupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

¿Quien le podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro?  Sí  No Nombre del

Nombre de la persona responsable por el seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona responsable: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (año)

## Historia Médica:

**Tratamiento Quiropráctico Anterior:**  Sí  No Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (año)

**Médico de Familia:**  Sí  No Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (año)

¿Está tomando alguna medicación?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugías?  Sí  No ¿Sí ha tenido, cuando \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (año)

Razón de la cirugía: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido accidentes antes?  Automóvil  Trabajo  Deporte  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

Cuando: \_\_\_\_\_ Describilo: \_\_\_\_\_

## Condiciones de Salud

Artritis  Cáncer  Problemas del corazón  Marcapasos  Ninguno

Asma  Diabetes  Presión arterial alta  Escoliosis

Otro: \_\_\_\_\_

## Historia familiar de Condiciones/ Enfermedades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historia Social:

¿Alcohol?  Si  No

Bebidas por semana: \_\_\_\_

¿Cigarrillos?  Si  No

¿Cuantos por día? \_\_\_\_

¿Cafeína?  Si  No

¿Bebidas por día? \_\_\_\_

¿Ejercicios?  Si  No

Horas a la semana: \_\_\_\_

(Circule uno) Leve/Moderado/Arduo

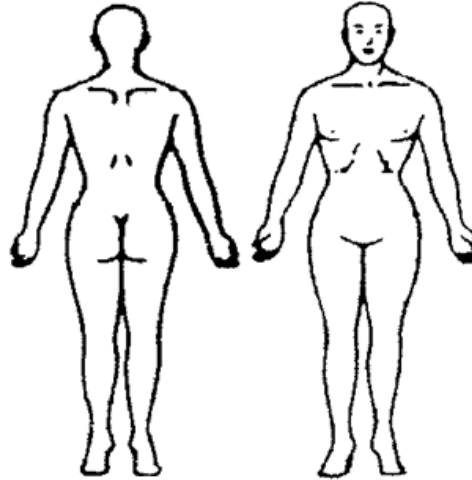
Firma: \_\_\_\_\_

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

# Condición(es) De Paciente



Marque con una "X" en las áreas de síntomas y marque una " ^^^ " donde el dolor se extendió.



Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Intensidad de su dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Grave)

Frecuencia: (% del día):

<10% Rara;  Poco frecuente (10% to 25%);  Ocasional (25% to 50%);  Frecuente (50% to &75%);  Constante > 75%

¿Cuándo comenzaron los síntomas?

¿Lo que mejora?  Medicina  Acostar  De pie  Sentar  Estirar  Movimientos  Nada

Otro: \_\_\_\_\_

¿Lo que empeora?  Movimientos  Flexión  Torsión  De pie  Caminar  Nada  
 Empujar/Tracción  Levantar  Leer  Trabajar  Conducir

Otro: \_\_\_\_\_

Radiación (El dolor afecta) :

Parte superior del cuerpo: \_\_\_Hombro \_\_\_Brazo \_\_\_Mano Izquierda Derecha

Parte inferior del cuerpo: \_\_\_Cadera \_\_\_Rodilla \_\_\_Pie Izquierda Derecha

Calidad de el dolor:  Dolorida  Aguda  Punzante  Palpitante  Entumecimiento  Hormigueo

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo es su dolor peor?:  Mañana  Tarde  Noche  Toda la noche

Después de las actividades:  Ligero  Moderado

Asociado con:  Vértigo  Náusea  Problemas visuales  Zumbido en los oídos  
 Luz brillante  Sensibilidad  Pérdida de equilibrio

Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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