



Fecha _____

Nombre _____ Apodo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número telefónico (celular) _____ Número telefónico (casa) _____ SSN# _____

Correo Electrónico _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Otro

Contacto de Emergencia (nombre) _____ Contacto de Emergencia (numero) _____

¿Quien te refirió a nuestra oficina? _____

¿Ha tenido cuidado quiropráctico antes? ☐ Si ☐ No, En caso que si, cuando fue su último tratamiento (fecha) _____

Estatus de Empleo ☐ Empleado ☐ Autónomo ☐ Retirado ☐ Estudiante ☐ Otro

Ocupación _____ Empleador _____ Número telefónico de Empleador _____

¿Tiene seguro medico? ☐ Si ☐ No Nombre de seguro medico _____

¿Asegurado primario? ☐ Si ☐ No En caso que no, nombre de asegurado primario y relación _____

Doctor Primario _____ Número Telefónico de Doctor _____

<u>Medicamentos</u> No tomo medicamentos (marque aquí): ☐ Incluye lista si es necesario	<u>Alergias (medicamento, comida, ambientales)</u> No tengo alergias (marque aquí): ☐ Incluye lista si es necesario
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)

Historial Familiar: Por favor marque todas las condiciones que usted (Y=Yo) o sus familiares (F=Familia) tienen			
Y	F	Y	F
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Historial de su salud

¿Cirugías o hospitalizaciones? (fecha y procedimiento): ☐ Ninguno _____

Accidente de auto, o indemnización para trabajadores: ☐ Ninguno _____

Historial Social

¿Toma alcohol? ☐ Si ☐ No

¿Fumas? ☐ Si ☐ No

¿Utiliza drogas recreacionales? ☐ Si ☐ No

Favor de marcar todo que se le presente EN ESTE MOMENTO. Dejar vacio si no es aplicable

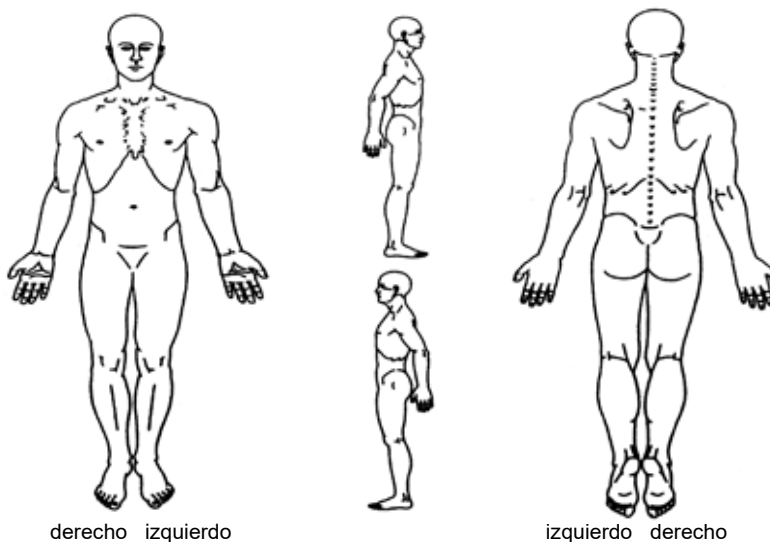
General ☐ Fatiga ☐ Fiebre ☐ Aumento de peso ☐ Perdida de peso Skin ☐ Eczema ☐ Lesión ☐ Psoriasis ☐ Sarpullido ☐ Enrojecimiento HEENT ☐ Dolor de cabeza ☐ Dolor en ojos ☐ Ojos rojos ☐ Ojos irritados ☐ Ojos llorosos	☐ Cambios visuales ☐ Dolor de oído ☐ Cambios en la audición ☐ Congestión ☐ Goteo nasal ☐ Dolor de garganta ☐ Dolor de mandíbula Respiratory ☐ Tos ☐ Dificultad respiratoria ☐ Silbidos al respirar Cardiovascular ☐ Dolor en pantorrilla ☐ Dolor de pecho ☐ Desmayo ☐ Palpitaciones ☐ Pies/tobillos hinchados	GI ☐ Dolor abdominal ☐ Abdomen hinchado ☐ Sangre en excremento ☐ Constipación ☐ Diarrea ☐ Indigestión ☐ Nausea ☐ Vomito GU ☐ Sangre en orina ☐ Dolor de costado ☐ Incontinencia ☐ Dolor al orinar MSK ☐ Dolor de coyuntura ☐ Dolor de cuello	☐ Dolor de espalda ☐ Inflamación ☐ Debilidad Neuro ☐ Mareo ☐ Perdida de memoria ☐ Entumecimiento ☐ Hormigueo ☐ Temblores Psych ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Pensamientos suicidas Heme/Lymph ☐ Sangrado fácil ☐ Moretones fáciles ☐ Glándulas hinchadas (cuello)	Endocrine ☐ Hambre excesiva ☐ Sed excesiva ☐ Orina frecuente ☐ Cambios a pelo/piel/uñas ☐ Intolerante a calor/ frío Allergy ☐ Alergias ambientales ☐ Alergias alimentarias ☐ Intolerancia alimentaria Women Only ¿Está embarazada? ☐ Si Fecha de parto: _____ ☐ No ☐ Quiste ovárico ☐ Periodos Irregulares/dolorosos
---	--	---	---	---

Favor de incluir dolor, problemas de salud, síntomas, y/o incomodidad que está sintiendo en ORDEN DE SEVERIDAD.

1. _____ ¿Cuánto Tiempo? _____
2. _____ ¿Cuánto Tiempo? _____
3. _____ ¿Cuánto Tiempo? _____
4. _____ ¿Cuánto Tiempo? _____

Favor de marcar en el esquema TODOS sus dolores utilizando las letras correspondientes:

A: dolor **B:** ardiente **C:** calambres **D:** sordo **N:** entumecimiento **R:** palpitante **S:** agudo **T:** hormigueo



Favor de circular en la escala la Peor Severidad de sus Dolores Primarios:

Ligero				Moderado				Severo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Favor de circular el Porcentaje de Tiempo que usted sufre de sus Dolores Primarios:

Ocasional			Intermitente			Frecuente			Constante	
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100