

Introducción del Paciente Historia de Caso

Fecha: _____

PATIENT INFORMATION

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Telefono de Casa: _____ Telefono Móvil: _____ Telefono de Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Sexo: M / F Estado Civil: Soltero / Casado / Otro
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estudiante: tiempo completo / medio tiempo / no un estudiante Trabajo: S / N
Etnicidad: Hispano o Latino / No Hispano o Latino / Rehuser Idioma Preferido: Inglés / Niego / Otro: _____
Raza: Asiático / Afroamericano / Indio Americano / Otro / Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico / Americano Blanco / Rehuser
*Referido por: (Nombre): _____ Familia/ Amigo / Compañero de trabajo / Doctor / Other Source

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: (Primero, Segundo, Apellido) _____
Telefono de Casa: _____ Telefono Móvil: _____ Medico Primario: _____
Relación: Niño / Padre / Cónyuge(pareja) / Otro: _____ Nombre de Oficina: _____
Telefono De Doctor: _____

INFORMACION FINANCIERA

Seguro Compensación al Trabajador Auto-Pago (Efectivo) Accidente Otro (explicar): _____

SEGURO DE PRIMARIA

Nombre de Seguro: _____ Insured's Name: _____ Sexo: M / F
Relación: yo / Niño / Padre / Cónyuge(pareja)/ Otro Direccion: _____

SEGURO DE SECUNADRIA

Nombre de Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Relación: Yo / Niño / Padre / Cónyuge(pareja)/ Otro Codigo Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Telefono _____

LA PERSONA RESPONSABLE

la persona responsable por pago? Udsted / Otro - (Relacion) _____
Aparte de Uds:
Nombre: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nu. Telefonico: _____ Email: _____

Es usual y acostumbrado a pagar por servicios como rendida salvo acuerdo en contrario

Patient No: _____

Paciente Historia de Caso

HISORIA DE SINTOMAS

Su Sintoma Mas Grande: _____

Describe otros sintomas: _____

Describe Como y Cuando sus sintomas empezaron: _____

La severidad del dolor: Ninguna (0) / Suave (1-2) / Suave a Moderado (2-4) / Moderado (4-6) / Moderado a Grave(6-8) / Grave (8-10)

Tipo de dolor: Agudo / Punalada / Ardiente / Rigido / Otro: _____

Como frecuente es el dolor? Va y Viene / Constante

Este dolor irradia / disparar a cualquier área de su cuerpo? No / Si (Describe) _____

Cabeza - Base de Craneo / Frenre /Lados-Temple D / I / LosDoz

Pierna - Cadera / Muslo-Rodilla / Pantorrilla / Die-Dedos D / I / Los Doz

Brazo - Hombros/ Codo / Mano-Dedos D / I / Los Doz

Otro Area: _____

Hay algo que hace mayor el dolor? Hielo / Calor / Descanso / Movimento / Extension / Medicina/ Otro: _____

Hay algo que el dolor empeore? Sentado / En Pie / Caminando/ Acostado /Dormido /Uso excesivo / Otro: _____

Que actividades diarias estan siendo afectados po esta condicion? (Describe) _____

Por esta condicion:

• Ha recibido otro tratamiento? Ninguna / Doctor / Terapia Fisica / Masaje / ER / Otro: _____ Donde? _____

• Tenido unas pruebas de diagnostico? X-rays / MRI / CT / Otro: _____ Cuando y Donde? _____

HISTORIA DE LA SALUD:

Medicamentos y Suplementos

Alergias a medicamentos: _____ Ninguna

Nombre	Reaccion

Corriente Medicamentos y Suplementos: _____ Ninguna

Nombre	Dosis	Frecuencia	Metodo

Past Health History: (Please list any past...)

Numero de caidas los ultimos 24 meses _____ Hizo Dano S/N

Cirugias: _____ Ninguna

Fecha	Donde	Razon

Golpes Grave/ Traumas/Hospitalizaciones: _____ Ninguna

Fecha	Describir

Escuela: High School / College Grad. / Post Grad. / Otro:

Patient No: _____

Historia familiar de salud:

Ninguna

Problema de salud de familiares:

Problema	Padres (M/AB)	Hermanos	Abuelos

Historia social y laboral

Fumas/Usos de Tobacco Cada dia / Algun dias/ Antes / Nunca

Costumbre	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Fumas			
Tobaco			
Alcohol			
Cafeina			
Drogas			

Estilo de Vida	Describe
Pasatiempos	
Entrenamiento	
Ejercicio	
Dieta	
Trabajo	
Otro	

Estas sintiendo algun de estos sintomas ahora?(Marque todas las aplicables)
Muchas de las siguientes condiciones responde a tratamiento quiropractico y acupuntura.

General: (constitutional)

- Cambio de Peso
- Fiebre
- Fariga General
- Ninguno en esta Categoría

Musculoesqueleticas:

- Dolor ein la espalda baja
- Dolor en media la espalda
- Dolor de Cuello
- Problemas en el brazo _____
- Problemas en las piernas _____
- Ridio/ Hinchada en las nudillos
- Doloros en sus articulacion
- Musculos Debiles
- Espasmos Musculares
- Huesos Rotos _____
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Neurologico:

- Sensacion de adormecimiento
- Perdida de la sensibilidad
- Mareos
- Dolores de Cabeza
- Convulsiones
- Estremecimientos
- Ataque Fulminante
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Mente / Estres

- Nevios/ Ansiedad
- Depresion
- Perdida de Sueno
- Perder Memoria
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Genitourinario:

- Dificultad Sexual
- Calculo Renal
- Arador/ Dolor al Orinar
- Cambio en la fuerza de orinar
- Miccion Frecuente
- Sangre en orina
- Incontinencia
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Gastronintestinal:

- Cambro en Apetito
- Sangre en la Heceas
- Cambios en Movimientos intestinales
- Evacuaciones Dolorosas
- Nauseas/Vomito
- Dolor Abdominal
- Diarea (excesiva)
- Estenido(a) (Excesiva)
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Cardiovascular / Corazon

- Dolor de pecho .
- Latidos Rapidos
- Problemas de Presion
- Manos, Tobillo, Pies Inchado
- Problemas con corazon
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Respiratorio:

- Problemas Respiratorios
- Toz (Cronica)
- Toser sangre
- Asma
- Problemas de los pulmones
- Otro: _
- Ninguno en esta Categoría

Ojos y la Vision

- Lentos o Contactos
- Vision Borrosa
- Glaucoma
- Enfermedades de los Ojos
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Oidos, Nariz y Garganta

- Sangrando de las Encias
- Mal Aliento
- Problemas Dentales
- Garganta inflamada
- Glandulas Engradecidas
- Zumbido en los Oidos
- Oidos – Dolor/Descargo
- Seno / Alergia
- Sangrando de Nariz
- Problemas al Oir
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Endocrino, Hematologicas y Linfatico

- Problemas de la tiroides
- Diabetes
- Sed excesiva
- Frio extremo
- Intolerancia de calor o frio
- Cambio de tamano de sombreo o guante
- Piel seca
- Problema glandular o la hormona
- Glandulas inflamadas
- Anemia
- Moretones con facilidad
- Flebitis
- Transfucion
- Trastorno del Sistema inmunologico
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

La piel y Pecho

- Sarpullido o picazon
- Cambio en el color de la piel
- Cambio en el cabello o las unas
- Llagas que no sana
- Cambio de la apariencia de un
- Dolor en el pecho .
- Bulto en el pecho
- Secrecion de las mamas
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Solo Mujeres

Este Embarzada?

- Si - Fecha _____/____/____
- No – El último period menstrual _____/____/____

- Imputencia/ Esteril
- Menstrucion Iregular O Dolorosa
- Flujo vaginal
- Otro: _____
- Ninguno en esta Categoría

Embarazos:

Comentarios _____

He leído la información anterior y certificar que sea verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento , y por este medio autoriza a esta oficina para proporcionar cuidados quiroprácticos , exámenes de diagnóstico y / o servicios terapéuticos , de acuerdo con este estado

Firma de paciente o custodio _____ Fecha _____

Treating Doctor Signature _____ Date _____

Patient No: _____