Historia del Paciente

Referido por: _____

Fecha: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: (casa)_____

(trabajo) _____ (celular) _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Estado civil: Soltero/a____ Casado/a____ Socio/a doméstico/a_____ Viudo/a_____ Divorciado/a ____

¿Cuántos hijos? _____ Contacto por si hay emergencia: _____

Teléfono: _____

FAVOR DE LLENAR LOS ESPACIOS APROPIADOS (Toda la información es confidencial)

Queja principal: _____

Describa lo que lo causó: _____

¿Cuánto tiempo con este síntoma? _____

¿Lo ha tenido antes? Sí ( ) No ( ) ¿Cuándo?_____

Frecuencia (marque todo lo que corresponda): diario 3 a 4 veces por semana 2 a 3 veces por semana 1 a 2 veces por semana constante frecuente ocasional de vez en cuando después del trabajo en la mañana en la noche todo el día

Severidad (marque): muy leve leve leve-moderado moderado moderado-severo severo

Calidad (marque): punzante agudo dolor sordo agudo y sordo entumecido hormigueos adolorido con calambres

¿Interfiere en las actividades? (marque todo lo que corresponda): dormir levantamiento sentado en pie para caminar flexión manejo autocuidado bañarse llevar a los niños hacer ejercicio estiramiento

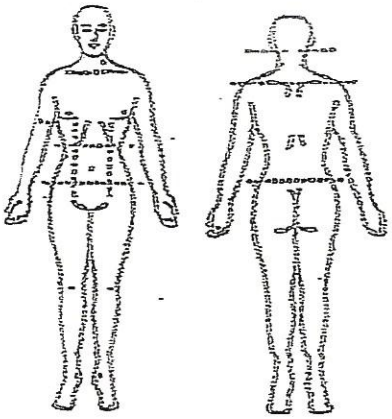
Otras actividades: _____

¿Se está empeorando? _____

¿Qué hace el síntoma peor? _____

¿Mejor? _____

Marque el diagrama abajo:



¿Esta lesión está relacionado a un accidente: del trabajo? ( ) de automóvil? ( )

Ud. ha perdido unos días del trabajo? Sí ( ) No ( ) ¿Cuántos? _____

Nombre del paciente:_____**Fecha:**_____

Enumere cualquier enfermedad significativa:

_____

Enumere todas cirugías:

_____

Enumere cada medicina actual:

_____

_____

¿Ha visitado a alguien más para esta queja? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____

¿Qué tipo de cuidado recibió Ud.? _____

¿Cuándo fue la última visita quiropráctica? _____ Dr.: _____

¿Por qué visitó Ud. a este quiropráctico? _____

¿Le ayudó a Ud.? _____

¿Sufre Ud. de las alergias?

Si es así, ¿a qué es Ud. alérgico? _____

Síntomas de la alergia: _____

¿CÓMO QUIERE UD. QUE MANEJEMOS SU PROBLEMA?

_____ Alivio Temporal (Ayuden los síntomas, pero no arreglen la causa del problema)

_____ Corrección Máxima (Corrijan la causa del problema para la estabilidad máxima en el futuro)

¿POR QUÉ VINO UD. A NUESTRA CLÍNICA Y CÚALES SON SUS EXPECTATIVAS DE NOSOTROS? _____

_____

Historia de la familia:

	Relación a Ud.		Relación a Ud.
Diabetes	_____	Alcoholismo	_____
Enfermedad del corazón	_____	Depresión	_____
Presión arterial alta	_____	Desorden sangrante	_____
Colesterol alto	_____	Derrame cerebral	_____
Cáncer de próstata	_____	Artritis	_____
Cáncer de mama	_____	Enfermedad de tiroides	_____
Otros Cánceres	_____	Osteoporosis	_____

Nombre del paciente:_____**Fecha**_____

Ponga Ud. (O) para condiciones pasadas y (X) para condiciones actuales:

___Huesos fracturados
___Accidentes automovilísticos
(a)____hace 0-1 año
(b)____hace 1-5 años
(c)____hace más de 5 años
___Otros accidentes/caídas
___Dejado inconsciente
___Curvatura de la espalda
___Desórdenes mentales o emocionales
___Exceso de gas
___Artritis
___Diabetes
en brazos, manos, o dedos
___Articulaciones hinchadas o dolorosas
___Cabeza parece demasiado pesado
___Convulsiones/Epilepsia
___Problemas con la piel
___Picazón
___Moretones con facilidad
___Cáncer
___Gripe/Resfriado frecuente
___Nervioso/Ansioso
___Tensión
___Depresión
___Anemia
___Exceso de sudor
___Pérdida de balance
___La luz molesta los ojos
___Alergias
___Problemas con los senos nasales
___Mareos al ponerse de pie
___Estrés
___Antojos de dulces o sal
___Problemas para dormir
___Dificultad para concentrarse

___Pérdida de memoria

___Discapacidad de aprendizaje
___Tartamudeo
___Derrame cerebral
___Dislexia
___Problemas de audición
___Cambios de humor
___Sibilancias
___Pérdida de los estribos con facilidad
___Presión arterial alta o baja
___Problemas del hígado
___Dolores de cabeza
___Entumecimiento, hormigueos, o dolor

___Cálculos renales
___Micción frecuente
___Se cansan la cabeza y hombros
___ Mareo
___Zumbido en los oídos
___Dolor o crujido de mandíbula
___Problemas con el pie
___Dolor del pecho
___Asma
___Problemas con los pulmones
___Respiración dificultosa
___ Ataque al corazón
___Desmayo
___Embarazada (Ahora)
___Vista borrosa o doble
___Entumecimiento, hormigueos o dolor
en glúteos, muslos, piernas, pies, dedos
___Dolor con la tos, estornudos, o esfuerzo durante el popó
___Dolor de cadera
___Desorden alimenticio

___Enfermedad de transmisión sexual

___Problemas de vesícula
___Problemas digestivas
___Venas varicosas

___Eructos/distensión abdominal
___Acidez estomacal
___Ulceres
___Diarrea/estreñimiento
___Problemas de colon
___Hemorroides
___Problemas con la próstata
___Impotencia

___Reemplazo de articulación

___Secreción/flujo
___Problemas menstruales
___Problemas de menopausia
___Bultos en el seno
___Dolores en el seno
___Enuresis
___ Infecciones de los oídos
___ Hepatitis
___SIDA/VIH
___Temblores
___Alcoholismo
___Fumar
___Marcapasos

Otros comentarios o condiciones, favor de poner abajo: _____
_____

Sunset Chiropractic Clinic 11507 SW Shilo Ln, Ste E, Portland, OR 97225 (503) 643-2225

Sunset Chiropractic Clinic

11507 SW Shilo Ln, Suite E · Portland, Oregon 97225
Telephone: 503-643-2225 · *Facsimile: 503-520-0514*

Reconocimiento de prácticas de privacidad y permiso para dejar mensajes

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Reconozco que he recibido y / o revisado una copia del aviso de prácticas de privacidad de Sunset Chiropractic Clinic

Doy permiso que se comuniquen los mensajes de la siguiente manera:

_____ Puede dejar un mensaje en el contestador automático situado en este número _____

_____ Puede dejar un mensaje en mi teléfono móvil _____

_____ Puede dejar un mensaje con mi esposo/a, _____ en este número _____

_____ Puede dejar un mensaje con otra persona, _____ en este número _____

_____ Me puede enviar un email con respeto a mi cuidado médico al _____

Doy permiso que se comuniquen los mensajes sobre lo siguiente a través del teléfono o email:

_____ Los rayos X y otros resultados de estudios

_____ Asuntos de facturación o de seguros

_____ _____

Nombre del paciente **Fecha**