



Back 2 Health

Chiropractic

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha:

Nombre: _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad: _____ Hombre Mujer

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

E-mail: _____ Numero de Licencia: _____

Telefono: _____ Cell Casa Trabajo

Metodo de contacto preferido: E-mail Cell Casa Trabajo

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Telefono de contacto de emergencia: _____

Como te enteraste de nosotros: Buscador de internet (Google, Bing, etc.) Medios sociales

Remitente Referencia: _____ Otra manera: _____

QUEJA PRINCIPAL

Identifique las condiciones que lo trajeron a esta oficina y como sucedieron:

QUEJA PRIMARIA: _____

QUEJA SECUNDARIA: _____

Cuando comenzo la queja principal: _____

Califique la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10 (con 0 sin dolor y 10 siendo el peor):

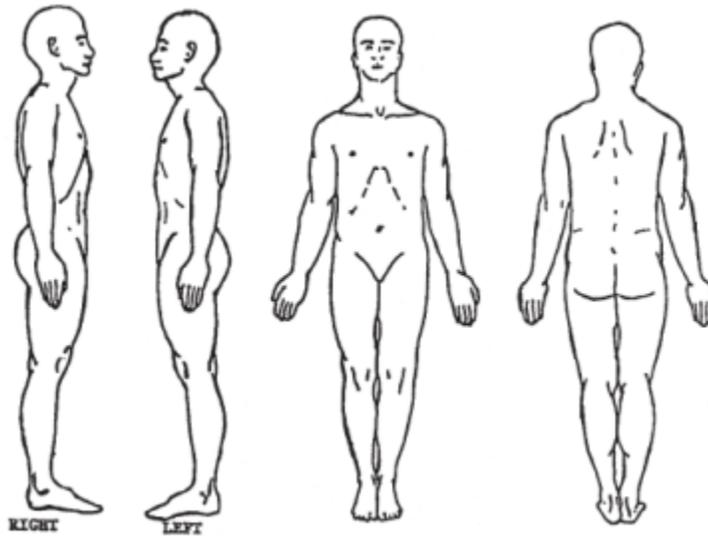
Dolor en ESTE momento: sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor

Dolor a su PEOR: sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor

Dolor es MINIMO: sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor

Dolor la MAYORIA del tiempo: sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor

Marque en este diagrama donde ocurre su dolor, somebreando las areas dolorosas:



A que hora del dia es peor su dolor:

- Manana Tarde Noche Horas de dormir
 El dolor es siempre lo mismo El dolor varia, pero no en un momento determinado

Cuanto dura su dolor:

- Constante (95-100% del tiempo) Casi constantemente (60-95% del tiempo)
 Intermitente (30-60% del tiempo) Ocasionalmente (menos de 30% del tiempo)

Marca todas las palabras que describen tu dolor:

- Dolor ardiente Dolor agudo Licitacion
 Palpitante
- Dolor punzante Entumecimiento Hormigueo Endurecimiento
 Espasmo Muscular Dolor sordo Inflamacion Punalada
 Sensacion de tirantez Sensacion de agujas
 Otro (describir) _____

El dolor viaja a alguna parte: Si No En caso afirmativo, a donde: _____

Como afectan los siguientes aspectos a su dolor: (marque uno para cada articulo)

	Disminuir	Aumentar	Sin efecto
Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toser/Estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantando algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra manera: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES AFECTADAS:	NIVEL DE RESTRICCIÓN ACTUAL	TU META DE ÉXITO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Con el tiempo, las desalineaciones de la columna causarían artritis y degeneración, lo que provocaría que se escucharan rechinchidos o crujidos al mover el cuello o la espalda. ¿Oyes estos sonidos cuando mueves la cabeza o el cuello? Si No

Si su columna está desalineada durante mucho tiempo, ¿puede sentir que necesita torcer, estirar o crujir el cuello o la espalda. ¿Sientes la necesidad de tronarte el cuello o la zona lumbar? Si No

Alguna vez ha sido ajustado por un quiropráctico?: SI NO

En caso afirmativo, cuando y donde fue la última cita que tuvo examen completo de la columna, incluidas las radiografías:

Frecuencia de ajuste: 3-4x semana 1-2x semana Solo cuando duele

El estrés hará que aceleres el daño espinal. Califica tu nivel de estrés.

Relajado(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Tenso(a)

HISTORIA MEDICA

Identifique cualquier otra lesion en su columna, menor o mayor, que el Doctor deba saber.:

Es un problema similar a la queja principal: Si No

Cuando fu eel ultimo episodio: _____

Como paso la lesion: _____

Que otro tipos de profesionales de la salud ha visto en relacion con su dolor?

Duracion de la atencion: _____ Hace cuanto tiempo: _____

Que tipo de tratamiento: _____

Cuales fueron los resultados? Favorable? Desfavorable? Por favor explique: _____

Si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones, indique con una P para en el pasado, A para ahora mismo, y N para nunca aver tenido:

_____Derrame cerebral _____Hueso roto _____Dislocaciones _____Tumores
_____Discapacidad _____Cancer _____Ataque del corazon _____Diabetes
_____Fractura _____Osteoartritis _____Artritis reumatoide
_____Otras condiciones graves: _____

POR FAVOR IDENTIFIQUE TODAS LAS CONDICIONES PASADAS y ACTUALES que crea que pueden estar contribuyendo a sus problemas actuales:

LESIONES / ACCIDENTES:
CIRUGIAS:
ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:
MEDICAMENTOS: (nombre/razon/cuanto tiempo para cada):

HISTORIA SOCIAL

-Fuma: Si No Con que frecuencia? Diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca
-Bebida alcoholica: Si No Diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca
-Consumo de drogas recreativas: Si No Diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca

HISTORIA FAMILIAR

-Alguien en su familia sufre con la(s) misma(s) condicion(es): Si No
-Si si, a quien: Abuela Abuelo Madre Padre Hermana Hermano Hijo Hija
-Alguna vez han sido tratados por su condicion? Si No No se

-Cualquier otra condicion hereditarian que el Doctor deba tener en cuenta Si No:



Consentimiento de Informacion

ACERCA DE: Ajustes quiropracticos, modalidades y procedimientos terapeuticos:

Me han informado que la atención quiropráctica, como todas las formas de atención médica, conlleva ciertos riesgos. Si bien los riesgos suelen ser mínimos, en casos raros, complicaciones como esguinces/lesiones por torceduras, irritación de una afección del disco y, aunque son raras, fracturas menores y posible derrame cerebral, que ocurre entre una instancia por millón y uno por cada dos millones, se han asociado con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con los ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos proporcionados en BACK 2 HEALTH CHIROPRACTIC me han sido explicados a mi satisfacción y he transmitido mi comprensión de ambos al médico. Después de una cuidadosa consideración, doy mi consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, método o técnica que el doctor considere necesario para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi atención

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

CON RESPECTO A: Estudios de radiografias / imagenes

MUJERES: *Lea atentamente y marque las casillas, incluya la fecha correspondiente, luego firme a continuacion si entiende y no tiene mas preguntas; de lo contrario, consulte a nuestra recepcionista para obtener mas explicaciones.*

El primer dia de mi ultimo ciclo menstrual fue el ____-____-____ Fecha

Se me ha proporcionado una explicación completa de cuándo es más probable que quede embarazada y, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada.

**** SI CREES QUE HAY UNA POSIBILIDAD QUE PUEDES ESTAR EMBARAZADA
NOTIFIQUE AL MÉDICO O AL PERSONAL ANTES DE SU EXAMEN****

Con mi firma a continuación, reconozco que el médico y/o un miembro del personal ha discutido conmigo los efectos peligrosos de la ionización para mí (y/o mi bebé por nacer, si es mujer), y he transmitido mi comprensión de los riesgos asociados con exposición a rayos x. Después de una cuidadosa consideración, por lo tanto, doy mi consentimiento para que me hagan el examen de diagnóstico por rayos X que el médico ha considerado necesario en mi caso.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

En la medida de mis posibilidades, la información que he proporcionado es completa y veraz. No he tergiversado la presencia, gravedad o causa de mi problema de salud.

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha