

HISTORIAL (CONFIDENCIAL)

Querido Paciente: Complete este formulario, por favor. Sus repuestas nos ayudarán en determinar si la quiropráctica puede ayudarle. Si nosotros sinceramente no creemos que su padecimiento responderá satisfactoriamente, nosotros no aceptaremos su caso. GRACIAS.

NOMBRE Y APELLIDO _____ FECHA _____ TELEFONO _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono en su trabajo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____ Número de hijos _____
 Ocupación _____ Número de la seguridad social _____
 ¿Quién va a pagar esta cuenta? _____ Recomendado por _____

Ponga una cruz en el cuadro, por favor, con el correspondiente síntoma que usted ahora tenga o haya tenido previamente. Queremos saber todos los datos sobre su salud antes de que aceptemos su caso, ESTE EN UN INFORME CONFIDENCIAL DE SALUD.

D - DE VEZ EN CUANDO
F - FRECUENTEMENTE
C - CONSTANTAMENTE

D F C

GENERAL

- Alergia
- Escalofríos
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo/depresión
- Neuralgia
- Entumecimientos
- Sudores
- Temblores
- MÚSCULOS Y ARTICULACIONES**
- Artritis
- Bursitis
- Problemas en los pies
- Hernia
- Dolores en la parte baja de la espalda
- Lumbago
- Dolor de cuello o torticolis
- Dolor entre los hombros
- Dolor o entumecimiento en:
- Hombros
- Brazos
- Codos
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Rodillas
- Pies
- Dolor en la rabadilla
- Mala postura
- Ciática
- Desviación de la espina dorsal
- Articulaciones inflamadas

D F C

GASTRO—INTESTINAL

- Eruptos o gases
- Colitis
- Problemas en el colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Digestión difícil
- Abdomen distendido
- Hambre frecuente
- Problemas en la vesícula
- Hemorroides
- Lombrices intestinales
- Ictericia
- Problemas en el hígado
- Náuseas
- Dolores de estómago
- Poco apetito
- Vómitos
- Vómitos de sangre

**OJOS, OÍDOS,
 NARIZ Y GARGANTA**

- Asma
- Resfriados
- Ojos bizcos
- Sordera
- Caries dentales
- Dolor de oídos
- Supuración de oídos
- Zumbidos en los oídos
- Glándulas inflamadas
- Tiroides inflamados
- Dolor de ojos
- Falta de vista
- Presbicia
- Problemas en las encías
- Fiebre del heno
- Ronquera
- Narices tapadas
- Miopia
- Narices que sangran
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Amigdalitis

D F C

CARDIO-VASCULAR

- Arteriosclerosis
- Presión alta
- Presión baja
- Dolor en el corazón
- Poca circulación
- Pulso rápido
- Pulso lento
- Tobillos hinchados

RESPIRATORIO

- Dolores en el pecho
- Tos crónica
- Dificultad al respirar
- Sangre en los esputos
- Flema en los esputos
- Resuellos ruidosos

PIEL

- Granos de pus
- Cardenales frecuentes
- Sequedad
- Urticaria o alergia
- Picores
- Erupción (salpullido)
- Venas varicosas

GENITO-URINARIO

- Se orina en la cama
- Sangre en la orina
- Orina frecuente
- Incapacidad de controlar los riñones
- Infección del riñón o piedras
- Orina dolorosa
- Problemas en la próstata
- Pus en la orina

PARA MUJERES

- Pechos congestionados
- Calambres o dolor de espalda
- Derrame excesivo
- Calores
- Menstruación irregular
- Bultos en los senos
- Síntomas de menapausia
- Menstruación dolorosa
- Derrame vaginal

MARQUE SI HA TENIDO LO SIGUIENTE:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Llagas en los labios | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Abortos | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Influenza (Gripe) | <input type="checkbox"/> Pleuresia | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pulmonía) | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Malaria (Paludismo) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Baile de San Vito | <input type="checkbox"/> Ampollas en los labios | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tos ferina |

¿Ha estado asistido por un quiropráctico antes? _____ Si afirmativo, ponga la fecha _____

¿Tiene seguro médico y de accidente? _____ Si afirmativo, qué compañía? _____

¿Es debido a un accidente laboral? Sí No

(Por favor, siga a la vuelta)

ESCRIBA CON LETRAS DE IMPRENTA

¿De qué se aqueja principalmente? _____

Otros problemas _____

¿Desde cuándo ha tenido este padecimiento? _____

¿Ha tenido éste o un caso similar en el pasado? _____

¿Qué actividades agravan su padecimiento? _____

¿Se va agravando progresivamente el padecimiento? Sí No Constante Se va y vuelve

¿El padecimiento le causa problemas en su trabajo sueño actividades diarias Otro _____

¿Desde cuándo no se ha sentido bien? _____

¿Cuál cree que es su problema? _____

Reseñe las operaciones quirúrgicas y en qué años _____

Medicinas que ahora toma: píldoras para los nervios píldoras para el dolor relajadores para los músculos estimulantes

tranquilizantes píldoras de control de natalidad Otras _____

Visitas al dentista: Cada 6 meses una vez al año solamente con dolor de muelas o en "emergencia" dentadura postiza

¿Cuánto tiempo tiene su colchón? _____ Cómodo Incómodo ¿Usa una tabla en la cama? _____

¿Usa: Tapa en el talón Tapa en la planta del pie Plantilla Soporte en el arco

¿Ha tenido un accidente de automóvil? El año pasado Hace 5 años Más de 5 años Nunca

Descríbalo: _____

¿Ha tenido alguna vez problemas mentales o emocionales? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido alguien en su familia tales problemas? Sí No

¿Cuándo? _____

INFORME MÉDICO FAMILIAR. (Muchos problemas de la salud son el resultado de haber heredado una espina dorsal débil; así la información sobre los miembros de la familia nos dará un mejor conocimiento del estado completo de su salud.

NOMBRE	PARENTESCO	PROBLEMAS DE SALUD PASADOS Y PRESENTES

	Sí	No	Descríbalo brevemente
¿Ha estado alguna vez inconsciente por un golpe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha usado alguna vez un bastón, muletas u otra clase de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha tenido alguna vez un tratamiento por problemas en la espina dorsal o los nervios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha tenido alguna vez una fractura de hueso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha sido hospitalizado por algo que no haya sido una operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Está tomando ahora vitaminas o algo que contenga sustancias minerales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Cree que pueda necesitar vitaminas o algo que contenga sustancias minerales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene alergia contra alguna medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

FECHA DE ÚLTIMO:	Menos de 6 meses	De 6 a 18 meses	Más de 18 meses	Nunca	HÁBITOS	Más de lo moderado	Moderado	Ligero	Nada
Reconocimiento de la espina dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconocimiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X de la espina dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X de la dentadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haga una lista de todos los padecimientos por los que ha sido tratado en los últimos 10 años. _____

EN CASO DE NECESIDAD:
(Nombre del familiar o del amigo más cercano que no vivan con usted):

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____