

Información de Paciente

Primer Nombre _____ M.I. _____ Apellido _____ Sexo Hombre Mujer

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ Status Legal (S M W D)

Nombre de Esposo /a _____ Seguro Social _____

Teléfono de Casa (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____

Teléfono Celular (____) _____ Dirección de E-Mail _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Numero de Licencia _____ Estado _____

Empleo _____ Título de Trabajo _____

Trabajo Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable de Cuenta _____

Familiar Cercano _____

En Caso de Emergencia llamar /a _____ Teléfono (____) _____

FORMA PARA DAR CONCEDE A TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Yo concedo a los procesos quiroprácticos y a otros ajustaos quiroprácticos que sean necesarios, incluyendo varios modos de terapia física y diagnósticos de radiografías. Sean para mí o para la persona nombrada abajo por cual yo soy responsable legalmente por los gastos.

Yo entiendo que en la practica de medicina y en la practica de quiropráctico, ay algunos riesgos de tratamiento, incluyendo pero no limitado a, fracturas, lastimo de discos, dislocación y torcimiento. Yo no espero que el doctor pueda anticipitar y explicar todos los riesgos y complicaciones y espero contar con el doctor en su juzgado durante el curso del proceso en cual el doctor cree que es necesario con los factores en cual tenemos. Espero el mejor interés.

Yo eh leído, o me an leído la forma de consedo. Al yo firmar abajo, estoy de acuerdo con los procesos nombrados. Mi entinto es que esta forma de concedo sea usada durante todo el curso de tratamientos para el presente y para el futuro si es que necesito tratamiento en el futuro. Entonces yo busco y doy permiso a que me traten mis condiciones.

Nombre de paciente _____ Fecha _____

Firma de Paciente _____ Fecha _____
(Firma de guardián del menor)

Cual es tu queja mayor _____

- 1) Esta condición se debe Accidente de Auto Lastimado en el trabajo Otra clase de accidente
 No sabe causa Enfermedad
- 2) Los síntomas están Mejorando Empeorando Siguen igual Intermedio (van y vienen)
 Día que síntomas empezaron _____

- 3) Actividades que agravaron su condición:
 Parado Caminar Sentado Acostado Agachándose Levantando
 Torcimiento Tosiendo

4) Ah tenido estos síntomas antes Si No Si, Si cuando _____

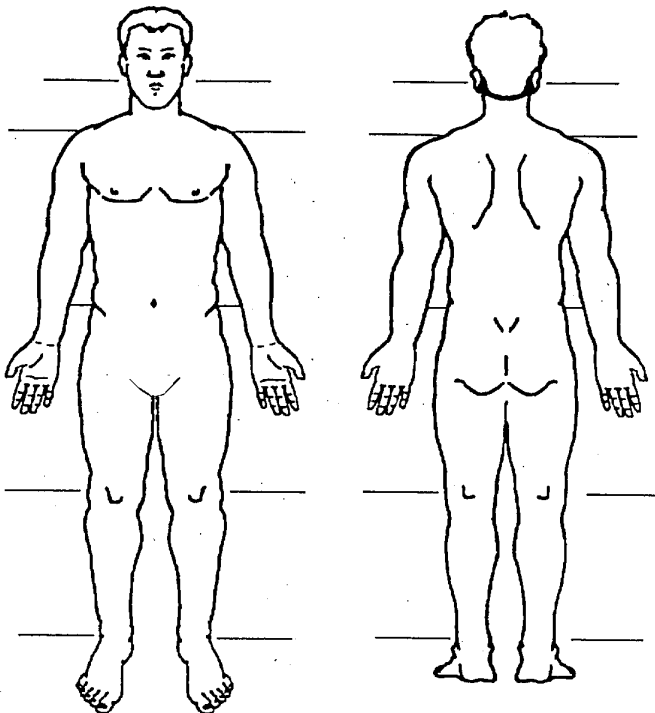
5) Ah usted visto otro doctor para tratar su condición Medico Quiropráctico Día de consulta _____
 Nombre de Doctores _____

MARQUE SÍNTOMAS QUE ESTE SINTIENDO

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mariado | <input type="checkbox"/> Ruido en los oídos | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Poco apetito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Estreñido | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> pérdida de balance | <input type="checkbox"/> Perdía de sueño | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Perdía de peos | <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Dificultad enfocando | <input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose | <input type="checkbox"/> Palpitación del corazón |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Eritacion | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular | <input type="checkbox"/> Sensibles ala luz | <input type="checkbox"/> Temperatura |
| <input type="checkbox"/> Frecuente orina o orina dolorosa | <input type="checkbox"/> Calambres | | | | |

Favor de indicar las áreas que siguen:

B – Ardor D – Dolor lento S – Sentir dolor agudo
N – Entumecimiento T – Sentir hormiguea P – Piquetes



GRADO DE DOLOR
 DE 1 TO 10
 0= Nada 10= Severe

Dolor de cabeza	
Dolor de cuello	
Dolor de hombros (Derecha / Izquierda)	
Dolor de brazo (Derecha / Izquierda)	
Dolor de pecho	
Dolor de espalda parte de abajo (Derecha / Izquierda)	
Dolor de cadera (Derecha / Izquierda)	
Dolor de pierna (Derecha / Izquierda)	
Otra clase de dolor (Derecha / Izquierda)	