

# APLICACION PARA TRATAR EL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ # de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Como le gustaria ser referida? \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_  
 Su Ocupacion: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ # de Emergencia: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:  Soltero (a)  Casado (a)  Vivdo (a)  Divorciado (a)  
 Cuantos hijos tiene? \_\_\_\_\_ Cuales son sus edades? \_\_\_\_\_  
 Algunos otros miembros de su familia han recibido cuidados quiropracticos?  Si  No  
 alguna vez ha recibido cuidados quiropracticos?  Si  No Hace quanto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Cuales la razon por su visita? \_\_\_\_\_  
 Que tan seguido toma bebidas alcoholicas? \_\_\_\_\_  
 Usted fuma?  Si  No Que tan seguido? \_\_\_\_\_  
 Usted hace ejercicio?  Si  No Que tan seguido? \_\_\_\_\_ Tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_  
**Usted padece o tiene alergias (especifique):** \_\_\_\_\_

Usted ha sufrido o a padecido de algunos estos sintomas: (circule Si o No)

- |                                     |                               |                          |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| S N *Huesos quebrados o Fracturados | S N Adicion a la droga        | S N Ulceras              |
| S N *Osteoartritis                  | S N Ataques/Convulsiones      | S N *Problemas de cabeza |
| S N Alimento no balanceado          | S N Ataques                   | S N Alta o Baja Presion  |
| S N Problemas de Circulation        | S N ADN Positivo              | S N Ropturas             |
| S N Epilepsia                       | S N Enfermedudos Congenitales | S N Depression           |
| S N Alcoholismo                     | S N *Cancer                   | S N *Diabitis            |
| S N *Artritis Reumaticas            | S N Visicula                  | S N Toce Sangra          |
| S N Marcapasos                      | S N Sangramiento              | S N Tumores              |

\* Explicacion: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_  
 Cuando fue la ultima vez en que se involucro en un accidente? \_\_\_\_\_

### LISTA DE MEDICINA

Nombre de Medicamento	Nombre de Vitaminas	No Fuerza	Fuerza	Fecha enque empieza	Fecha en que termino	Quien lo receto DR./ Usted	
						D	U
						D	U
						D	U
						D	U
						D	U
						D	U

**FOR DOCTOR'S USE ONLY**

GENERAL

Injury Type:

NDRA

Drug Allergies:

See Meds Addendum

Fecha: \_\_\_\_\_  
 # de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_

**SYSTEMS REVIEW**

En la columna izquierda, por favor indique con la "C" condiciones que tenga ahora or con la "P" las condiciones que haya tenido en el pasado. Si ninguna aplica marque "NA", no deje espacios vacios.

		FOR DOCTORS'S USE ONLY	
		DR: Reviewed	Symptoms
	Systems		
Alta Presion _____	General	_____	Weight changes, fatigue, anorexia, weakness, fever, chills changes in activity
Mareos/Desmayos _____	Skin	_____	Rashes, eruptions, changes, in warts or moles, pigmentation changes, bruising, itching, hair loss, nail changes
Insomnio _____	Head	_____	Trauma, headaches, dizziness, light headed
Baja Resistencia _____	Eyes	_____	Change in acuity of vision, use of corrective lenses, loss of diplopia, photophobia, blurred vision, scotomata, pain, excessive lacrimation, redness, discharge
Tension _____	Nose	_____	Rhinorrhea, epistaxis, allergies, airway obstruction
Confusiones _____	Mouth & Throat	_____	Ulcers, tooth pain/extractions, temporomandibular joint (TMJ), pain, gum bleeding, soreness, swelling, enlarged glands, sore throat, strep throat
Fatiga _____	Neck	_____	Stiffness, lumps/swelling/masses, pain
Ulceras _____	Lungs	_____	Cough (productive/nonproductive), hemotysis, dyspnea, pain with respiration, wheezing, night sweats
Ojos/Problemas de Vision _____	Cardiac	_____	Palpitations, chest pain, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, ankle swelling, syncope
Oidos/Problemas o Dificultad para oir _____	Vascular	_____	Raynaud's phenomenon, intermittent claudication, hypertension, rheumatic fever
Dificultad al Respirar _____	Breasts	_____	Self-examination frequency/results, pain, nipple discharge, lumps/masses, skin dimpling
Problemas del Corazon _____	Gastrointestinal	_____	Unusual diet, dysphagia, regurgitation, dyspepsia, nausea, vomiting, belching, abdominal pain, cramps, hematemesis, stool color changes, diarrhea, constipation, change in bowel habits, jaundice, abdominal swelling
Perdida de Control de Vejiga _____	Genitourinary	_____	Polyuria, nocturia, oliguria, dysuria, urgency, incontinence, urine color changes, hematuria, sexually transmitted diseases, dyspareunia, scrotal masses (male), hernia
Estrenimiento _____	Endocrine	_____	Polydipsia, polyphagia, temperature intolerance, tremors, goiter, alopecia, hirsutism, menstruation, history, pregnancy history, dysmenorrheal, premenstrual syndrome, climacteric
Diarrea _____	Hematopoietic	_____	Anemia, abdominal bleeding, lymph node enlargement/pain
Problemas de Digestion _____	Musculoskelatal	_____	Bone/joint pain, swelling, joint deformity, trauma, restricted range of motion, weakness, atrophy
Nauseas _____	Neurological	_____	Cranial nerve deficits, seizures, loss of consciousness, paralysis, tremors, staxis, Loss of balance, numbness, paresthesia
Problemas Femeninos _____	Psychological	_____	Mood swings, depression, anxiety, phobias
Problemas de la prostate _____			
Diabetes _____			
Manos/Pies frios _____			
Temblor en las manos _____			
Perdida de Memoria _____			
Nerviosismo _____			
Palmas Sudadas _____			
Dificultad al hablar _____			
Anciedad _____			
Depresion _____			
Irritable _____			

Por favor identifique lugares/doctores que ha visto para estas condiciones y de los que ha visto ultimamente, si hay, por los problemas presentados.

**FOR DOCTORS USE ONLY**

Reviewed External      H P  
 Release Records      H P  
 Request Records      H P

**LISTA DE PROBLEMAS**

Nombre del doctor/ lugar	Problema	Tipo de tratamiento recibido	De cuando a cuando

External Dx'd: \_\_\_\_\_

Disabilities:

Impairments:

Fecha: \_\_\_\_\_  
 # de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL PACIENTE**

1. Cual es su mayor queja? \_\_\_\_\_
2. En la vascular de abajo, porfavor circule la severidad de su mayor queja.

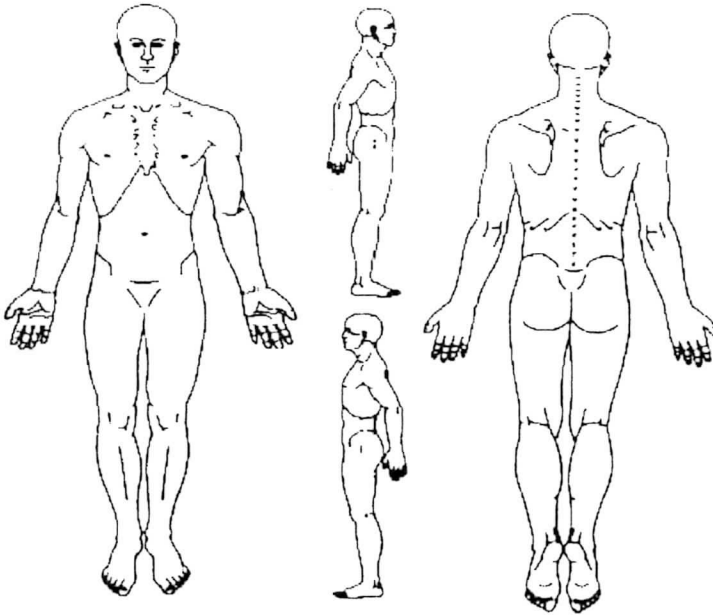
<i>Ninguna</i>		<i>Leve</i>		<i>Save</i>		<i>Moderado</i>		<i>Severo</i>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

3. En la vascular de abajo circule el percentage de su tiempo que ha experimentado su mayor queja:

	<i>Ocassional</i>		<i>Intermitente</i>		<i>Frecuente</i>		<i>Constante</i>			
<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

4. Hace cuanto tiempo ha experimentado su mayor queja? \_\_\_\_\_
5. En el diagrama de abajo, porfavor ensenc en donde ha experimentado todo su presente mayor quejas usando las siguientes:

A: dolor    B: dolor arderso    C: calambres    D: dolor sordo    R: dolor pulsar    N: adormecido    T: hormigueo



Hagale tiene el **dolor** y/o la **dificultad** que realizan cualquiera de las actividades siguientes: (cheque)

- cuidado personal \_\_\_\_\_
- levantar \_\_\_\_\_
- lectura \_\_\_\_\_
- concentrar \_\_\_\_\_
- el trabajo \_\_\_\_\_
- manejar \_\_\_\_\_
- dormer \_\_\_\_\_
- la recreación \_\_\_\_\_
- andar \_\_\_\_\_
- sentar \_\_\_\_\_
- posicion \_\_\_\_\_
- la vida parada y social \_\_\_\_\_

6. Cuando lo nota mas?  AM  PM  
 Por cuanto tiempo dura? \_\_\_\_\_ Mins \_\_\_\_\_ Hrs
7. Que lo hace sentir mejor bien? \_\_\_\_\_
8. Que es lo que le empeora? \_\_\_\_\_
9. Ha tenido este problema en el pasado?  Si  No
10. Si he  estudio hospitalizado  he sido tratado por algun otro chiropractico  
 he sido tratado por algun otro especialista  nunca recibido cuidados por estos problemas.
11. Ha perdido de trabajar por estos problemas? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Fecha? \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
12. Esta embarazada?  Si  No
13. Cuando fue el primer dia de su ultima menstruacion? \_\_\_\_\_
14. Numero de embarazos? \_\_\_\_\_ Abortos? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_