

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 _____	_____	Musculoskeletal	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.

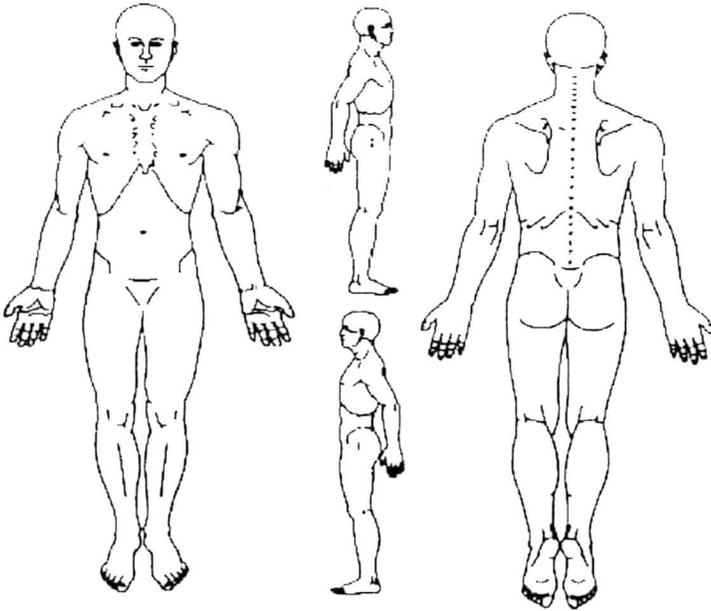
<i>Ninguna</i>		<i>Leve</i>		<i>Save</i>		<i>Moderado</i>		<i>Severo</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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>			
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

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: ____/____/____