

REGISTRO QUIROPRÁCTICO E HISTORIA

Información

al Date _____ Del Paciente

NOMBRE _____ APELLIDO _____ MI _____

la dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____ Trabajo # _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Masculino Femenino SSN _____

Casado Soltero Viuda Menor Altura _____ Peso _____

Tu ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleado _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre del cónyuge tutor _____ ¿Un quién se refirió? _____

Lista de enfermedades crónicas:

Números de teléfono

Teléfono celular _____ Teléfono residencial _____

¿El mejor momento para contactarte? _____

En caso de contacto de emergencia:

Nombre _____

Relación _____

Inicio #: _____ Trabajo #: _____

Información sobre accidentes

¿La afección se debe a un accidente? Si No
Si es así, fecha _____

Tipo de accidente Auto Trabajar Otra

¿Alguna vez experimentó estos síntomas mientras trabajaba?

Si No En caso afirmativo Explique:

Condición del paciente

¿Cuáles son sus síntomas?

¿Cuándo aparecieron los síntomas? _____

¿La afección está empeorando progresivamente? Si No Desconocida

Califique la gravedad de su dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (dolor intenso) _____

Tipo de dolor: Agudo Sordo Palpitante Entumecimiento Dolor Punzante Ardor Hormigueo

Calambres Rigidez Hinchazón Otra _____

¿Con qué frecuencia tiene este dolor? _____ ¿Es constante o va y viene? _____

¿Su dolor interfiere con su: Trabajo Sueño Diario Rutina Recreación

Actividades o movimientos que son dolorosos de realizar: Sentado Acostada En Pie Caminando Doblando el despercio

Información del seguro

¿QUIEN ES RESPONSABLE DE ESTA CUENTA? _____

RELACION CON EL PACIENTE _____

SEGURO _____

ID DE MIEMBRO: _____ GROUP # _____

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? SI NO En caso afirmativo, complete a continuación:

Nombre de suscriptores _____

Relación con el paciente: _____

SEGURO CO. _____

ID DE MIEMBRO: _____ GROUP # _____

Información de salud

¿Qué tratamiento ha recibido ya para su afección?

¿Estás embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

LESIONES / SURGERIES (En los últimos 5 años)

Caídas _____

Lesiones en la cabeza _____

Huesos rotos _____

Cirugías _____

Ejercicio

Número de días por semana _____

Número de horas por semana _____

Tipo de Actividad: _____

Actividad laboral

Descripción del trabajo: _____

Horas de estar sentado en el trabajo por día: _____

Hábitos

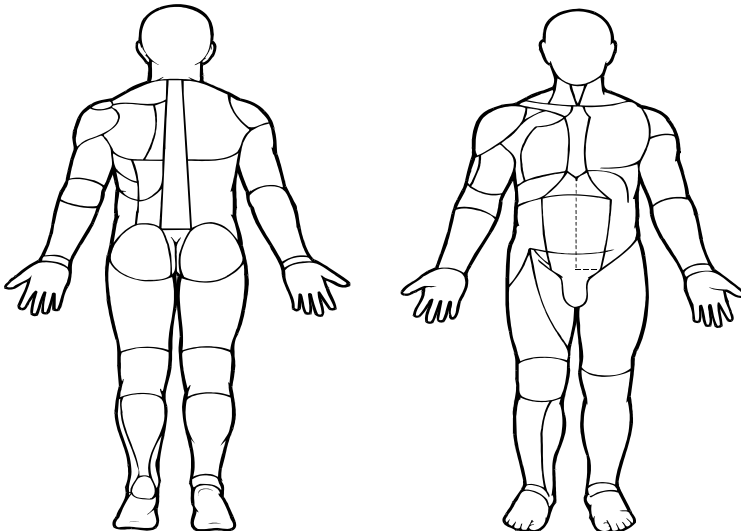
PAQUETES/DAY _____

ALCOHOL DRINKS/PER WEEK _____

BEBIDAS DE CAFEÍNA TAZAS/DÍA _____

ALTO NIVEL DE ESTRÉS

RAZON: _____



Forma de pago

Efectivo Cheque Tarjeta de crédito Otro

**Todos los cargos de la primera visita se pagan cuando
Se prestan servicios.**

Por favor marque una x donde usted está teniendo dolor

Firma _____ De Nombre _____ Date _____