

# 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 \_\_\_\_\_

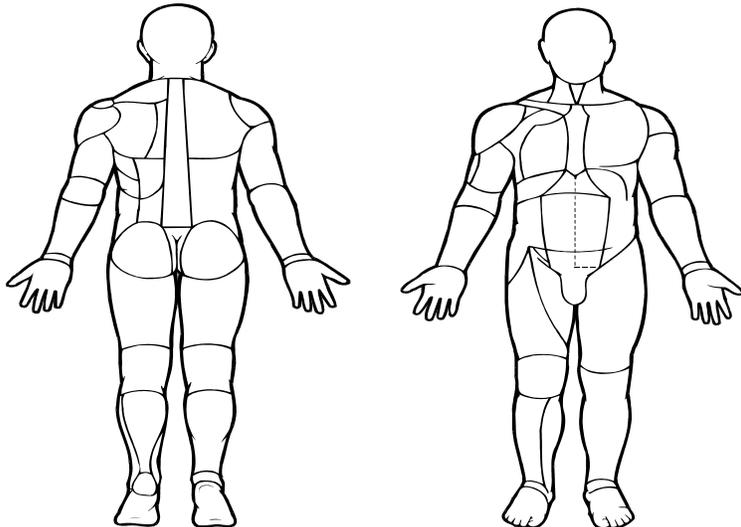
LESIONES / SURGERIES (En los últimos 5 años)

Caídas \_\_\_\_\_

Lesiones en la cabeza \_\_\_\_\_

Huesos rotos \_\_\_\_\_

Cirugías \_\_\_\_\_



Por favor marque una x donde usted está teniendo dolor

## 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.

Firma \_\_\_\_\_ De Nombre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_