

# Cuestionario De La Salud

El sistema nervioso controla y coordina todas las células, órganos y tejidos del cuerpo.

A continuación se presentan algunos de los síntomas relacionados con la interferencia nerviosa, los quiroprácticos lo llaman subluxación

Por favor marque las casillas que correspondan

## Región Cervical

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor de Cuello  
Migrana  
Dolor de Cabeza  
Dolor de Hombro  
Dolor de Brazo  
Brazo/Mano Entumecimiento  
Ojos/Nariz Problemas  
Infecciones en los Oídos  
Mareos o Vertigo

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fatiga  
Trastornos de la Tiroides  
Sinusitis  
Equilibrio/Coordinación  
Epilepsia/Convulsiones  
TADH  
Hipertensión  
Trastornos del Sueño  
Frecuente dolor de Garganta

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anginas inflamadas/Adenoides  
Taquicardia  
Fibrilación Auricular  
Artritis  
Estenosis Cervical  
Tunel Carpiano  
Camina de Puntillas  
Otro

## Región Torácica

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor en Medio de la Espalda  
Dolor en las Costillas  
Dolor en el Pecho  
Dolor Escapular  
Reflujo Acido/ERGE  
Dolor Abdominal  
Tos Crónica  
Bronquitis Crónica  
Enfermedades del Corazón

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nausea/Vomito  
Acido Urico  
Enfermedad del Riñón  
Piedras en la Vesícula  
Alergias  
Fatiga Suprarrenal  
Cutánea en la Piel/Erupción  
Fibromialgia  
Artritis

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DISH  
Enfermedad del Hígado  
Diabetes  
Hernia Hiatal  
Otro

## Región Lumbar

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor en la Espalda Baja  
Dolor de Cadera  
Dolor Sacroilíaco  
Ciático (posterior de la pierna)  
Dolor en el lado de la pierna  
Dolor en la delantera de la pierna  
Dolor Sacro  
Dolor de Cóccix  
Debilidad en las Piernas

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moja la Cama  
Incontinencia  
Dolor de Tobillo  
Dolor de Pie  
Fascia Plantar  
Dolor de Rodilla  
Constipación  
Diarrea  
Enfermedad  
Inflamatoria Intestinal

Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gases Intestinales/Hinchada(o)  
Esterilidad  
Síndrome Premenstrual  
Cambios en la Prostata  
Problemas Urinarios/Vejiga  
Aborto Espontáneo  
Impotencia  
Estenosis  
Otro



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F Fecha Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo Numero de hijos: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (móvil): \_\_\_\_\_ Compañía móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ # De Licencia : \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: (retirado? Empleo Anterior) \_\_\_\_\_ Titulo profesional: \_\_\_\_\_  
 A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRNOS? \_\_\_\_\_  
**CONTACTO DE EMERGENCIA:** Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**QUEJAS PRIMARIAS ACTUALES***(Circulo) Sin Dolor 1 - 10 Peor*

1: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 2: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 3: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Puede identificar el motivo que inicio sus síntomas?(traumas pasados, caídas, lesiones deportivas)? \_\_\_\_\_

Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examine físico: \_\_\_\_\_

Lista de cirugías: (con fechas):

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

List de Medicamentos: Nombre / Dosis (ie: 13mg. 1x/día) Para que las usa/ Incluir sin receta:

1: \_\_\_\_\_  
 2: \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado?: (circulo)

Diabetes – Enfermeda del Corazón- Derrame Cerebral - Cáncer – Enfermedad Autoinmune - MRSA -  
 HIV/AIDS - Hepatitis - Fibromyalgia – Fatiga Crónica,- Artritis – Enfermedades de Transmisión Sexual

Alergias a Medicamentos? Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Viene y se le quita?  Sí  NoExperimenta dolor a diario?  Sí  No ¿Está empeorando?  Sí  No¿Lo despierta el dolor en las noches?  Sí  No

¿Qué empeora sus síntomas? (circular) Sentarse – Levantarse de estar sentado - Caminando - Doblarse hacia adelante – Levantar los brazos por encima de los hombros-Escalar - Correr – Hacer deporte – Empujar – Jalar – Cargar

¿Qué mejora los síntomas? \_\_\_\_\_ ¿Otro Tratamiento  M.D.  PT.  D.C.  Rx Otro \_\_\_\_\_

Historial de Salud Familiar: Defectos Espinales/Enfermeda del Corazón /Derrame Cerebral/Diabetes/Cáncer/¿Otro? \_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA QUIROPRACTICO**

Describe el motive de esta visita: \_\_\_\_\_

¿Qué es importante para usted en una relación médico-paciente? \_\_\_\_\_

¿Ha sido ajustado por un quiropráctico antes  Sí  No ¿Para qué? \_\_\_\_\_

El nombre del doctor: \_\_\_\_\_ ¿Fecha de la última visita? \_\_\_\_\_

¿Sus hijos han sido examinados por un quiropráctico?  Sí  No ¿Estas embarazada?  Sí  No

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se sintió mejor? \_\_\_\_\_

¿El dolor interfiere con?: Trabajo / Dormir / Rutina Diaria / Deportes / Tiempo Familiar / Otro

Fuma: Todos los días/Ocasional/Anterior/Nunca Bebe Alcohol: Todos los días / Ocasional / Nunca

¿Haces ejercicio con regularidad?  Sí  No ¿Qué porcentaje de su dieta son verduras? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene tu colchón? \_\_\_\_\_ ¿Que tipo de alhogada usa? \_\_\_\_\_

### ESTILO DE VIDA QUIROPRACTICO, continuando

¿Duerme de? (circular) Lado – Espalda – Estómago - Todo

¿Está interesado en participar activamente en su recuperación?  Sí  No

#### SABIA USTED QUE:

Los médicos quiroprácticos trabajan con el sistema nervioso.  Sí  No

El Sistema nervioso controla todas las funciones y sistemas corporals.  Sí  No

La quiropráctica es la profesión de curación natural más grande del mundo.  Sí  No

### DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS DE SALUD DEL GOBIERNO

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ EtNIA: Hispano o latino / Ninguno / Negarse a contestar

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiático / Negro o Afroamericano / Caucásico / Hawaiano o Isleño del Pacífico / Otro / Disminución

Elijo rechazar el recibo de mi resumen clínico después de cada visita. (Estos suelen estar en blanco como resultado natural y frecuencia de la atención quiropráctica.

### METAS PARA SU CUIDADO

Cuidado de Alivio: Alivio sintomático del dolor o malestar.

Cuidado Correctivo: Corregir y aliviar la causa del problema, así como el síntoma

Cuidado Integral: Llevar todo lo que no funciona en el cuerpo al mejor estado de salud possible con atención quiropráctica.

El medico debe seleccionar el tipo de atención adecuada para mi condicion.

### DIBUJE SUS SÍNTOMAS

Dibuje y describa todas y cada uno de los síntomas. Si bien algunos pueden parecer no relacionados al propósito de la visita de hoy, puede ser importante para un diagnóstico preciso..

#### USE LA LLAVE:

AGUDO = A

MOLESTIA = M

ESPASMO MUSCULAR= S

PALPITANTE= P

CALAMBRE= C

ENTUMECIMIENTO = N

HORMIGUEO= (H)

ELECTRICO = E

DEVILIDAD= D

ARDOR = B

DOLOR= L

RIGIDO = ○

IRRADIANDO= ———

