

## Información del Paciente

**CONFIDENCIAL**

Gracias por la oportunidad de servirle. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar, Estamos complacidos en ayudarle.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Femenino  Masculino  
Primero Inicial Apellido

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Celular:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_  
**Su Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del conyuge o padre/madre:** \_\_\_\_\_ **Estatus:**  Menor  Casado/a  Soltero/a  Otro/a  
**Nombre y fecha de nacimiento de sus hijos:** \_\_\_\_\_  
**Quien lo/la recomiendo a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_  
**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

## RAZON PARA BUSCAR LA ATENCION QUIROPRACTICA

Qué preocupaciones siente que Gonstead Family Chiropractic puede ayudarle a usted?

\_\_\_\_\_

**Cuándo comenzaron las condiciones por primera vez?** \_\_\_\_\_

**Condición esta :**  Empeorando  Mejorando  Quedando igual  Intermitente  Constante  Inseguro

**Cómo comenzó este problema?**  Repentinamente  Gradualmente  Después de la lesión  Un resbalón o caída

**Ha tenido este problema antes y cuándo?** \_\_\_\_\_

**Estas preocupaciones afectan tu calidad de vida?** (Marque con un círculo todos los que correspondan y, en caso afirmativo, explique de qué manera)

Trabajo: N Y \_\_\_\_\_ Dormir: N Y \_\_\_\_\_

Estudio: N Y \_\_\_\_\_ Sentado: N Y \_\_\_\_\_

Para Caminar: N Y \_\_\_\_\_ Vida Intima: N Y \_\_\_\_\_

En pie: N Y \_\_\_\_\_ Doblarse: N Y \_\_\_\_\_

**Describe cualquier otra actividad que esté restringida debido a esta condición ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lo que mejora el problema?** \_\_\_\_\_

**Lo que empeora el problema?** \_\_\_\_\_

**Nombra a cualquier otro profesional de la salud y su especialidad de la que también estás recibiendo atención:**

\_\_\_\_\_

**Si sigues un régimen dietético especial?** \_\_\_\_\_

**Tiene actualmente o ha tenido alguna de las siguientes preocupaciones de salud?** (escribir C = presente or P = previamente)

\_\_\_\_\_

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inquietud            | <input type="checkbox"/> Miedo                  | <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Zumbidos en las oídos   |
| <input type="checkbox"/> Fatiga               | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir  | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos      | <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Estreñimiento          | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz     | <input type="checkbox"/> Falta de concentración  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual           | <input type="checkbox"/> Irregularidad Menstrual |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor     | <input type="checkbox"/> Mareo / Vértigo        | <input type="checkbox"/> Sofocos                   | <input type="checkbox"/> Hipertensión            |
| <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza      | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello / espalda | <input type="checkbox"/> Rigidez                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los brazos  | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas   | <input type="checkbox"/> Alergias                  | <input type="checkbox"/> Trastornos sinusales    |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad        | <input type="checkbox"/> Manos / pies fríos     | <input type="checkbox"/> Falta de flexibilidad     |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____          |   |  |  |

# HISTORIA DEL CUIDADO DE LA SALUD

Alguna vez ha recibido atención quiropráctica?  Sí  No Nombre (si se sabe): \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo bajo cuidado y razón? \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Porque dejaste de cuidado? \_\_\_\_\_

Consultas regularmente a alguno de los siguientes proveedores? (marque todo lo que corresponda)

- MD  Naturópata  Acupunturista  Homeópata  Masajista  Psicoterapeuta  Sanador de energía  Dentista

Razones: \_\_\_\_\_

Cómo calificas tu salud física?  Bueno  Mas o Menos  Pobre  Mejorando

Historia quirúrgica: \_\_\_\_\_

Haga una lista de las lesiones significativas como adulto: \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier lesión infantil notable: \_\_\_\_\_

Listar cualquier accidente de auto: \_\_\_\_\_

Deportes juveniles o universitarios: \_\_\_\_\_

Frecuencia de ejercicio:  Nada  1-2x por semana  3-5x por semana  Diario

Postura al dormir:  Espalda  Lado izquierdo  Lado derecho  El vientre **Me despierto:**  Refrescado  Tieso y cansado

Cuántas horas combinadas por día suele pasar sentado? \_\_\_\_\_

Listar cualquier problema con flexibilidad (como ponerse calcetines / zapatos, etc.): \_\_\_\_\_

Medicamentos:  Ansiedad / Depresión  ADD/ADHD  Presión sanguínea  Colesterol  Diabetes  
 Migraña  NSAIDS  Relajantes musculares  Narcóticos Dolor  Acetaminofeno

Otro: \_\_\_\_\_

Vitaminas / Suplementos :

- Aceite de pescado/Omega-3  Multivitamina  Probióticos  Magnesio  Calcio  Potasio  Vitamina C  Vitamina D3

Otra: \_\_\_\_\_

Tiene alergias o sensibilidades a algún alimento? N / Y Si es así, por favor list: \_\_\_\_\_

Usted consume actualmente alguno de los siguientes?  Café/Cafeína  Agua  Soda  Jugos de fruta  Gatorade  Alcohol

Tabaco  Restaurante de comida rápida  Lechería  Azúcar  Edulcorantes artificiales  Cigarrillos/cigarros  Drogas recreativas

Sigues un régimen dietético especial? \_\_\_\_\_

Cómo calificas tu salud emocional / mental?  Bueno  Mas o Menos  Pobre  Mejorando

En una escala de cero a diez, califique la cantidad de **ESTRÉS** en su vida : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Califica tu **ESTRÉS** para cada uno:

	Nada	Moderar	Elevado	Nada	Moderar	Elevado	Nada	Moderar	Elevado								
Casa:	1	2	3	4	5	Dinero:	1	2	3	4	5	Trabajo:	1	2	3	4	5
Vida:	1	2	3	4	5	Salud:	1	2	3	4	5	Familia:	1	2	3	4	5

Cómo califica su calidad de vida en general?  Bueno  Mas o Menos  Pobre  Mejorando

Qué tan alta es tu prioridad para ti y tu salud? (un círculo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Explique: \_\_\_\_\_

Qué objetivo de salud, si lo completaras, tendría el mayor impacto en tu vida ? \_\_\_\_\_

## Sus expectativas de la atención quiropráctica Gonstead

Me gustaría experimentar los siguientes beneficios de la atención quiropráctica: (Marque todas las que apliquen)

- Solo alivio de síntomas  Prevención y alivio de sintomas  Obtener una espina dorsal y sistema nevioso saludable  
 La salud óptima en todos los niveles  Otra: \_\_\_\_\_

Accuse de recibo de la información :

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ El día de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## \*Para Mujeres

Estas embarazada?  Sí  No Fecha del último ciclo menstrual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si se recomiendan radiografías, se requiere su firma (a continuación) para verificar que **no está embarazada**:

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

Si embarazada, Fecha de vencimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del ginecólogo o partera: \_\_\_\_\_