

OFFICE USE ONLY:

 REF: _____ NPE: _____ IN: _____
 PT ID: _____ MDCR: _____ SP: _____

 Nombre: _____ Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 SSN#: _____ Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____
 Número del Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Empleo: _____ Empleador: _____
 Casado(a) (Nombre de cónyuge: _____) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Nombre y Edad de hijo(a)s: _____
 Persona de contacto en caso de una emergencia: _____ Num. De Tel.: _____
 ¿A quién podemos agradecer por haberlo(a) referido? _____
 ¿Ha tenido cuidado quiropráctico SI NO Cuando y en Donde? _____
 ¿Si usted tiene viajes por periodos prolongados, cuando se va?: _____ cuando regresa?: _____

¿Cómo le podemos servir?
 No tengo quejas. Estoy aquí por una visita de bienestar.

Desalineamientos de la columna vertebral causan que la mayoría de las personas sufran de estados de salud no deseados. Desalineamiento espinal afecta su sistema nervioso, que a su vez afecta su salud.
1. ¿Cuál es su primera preocupación de salud? _____ Primera vez que ocurrió: _____

Desalineamientos irritan las fibras nerviosas causando varias sensaciones. ¿Cuál describe los suyos?

 Agudo Opaco Palpitante Quemadura Doloroso Puñalada Adormecido

Dependiendo del tipo y grado de desalineamiento, la presión del nervio puede ser constante o de vez en cuando.

 ¿Qué tan seguido es el suyo(a)? Constante De vez en cuando

2. ¿Cuál es su segunda preocupación de salud? _____ Primera vez que ocurrió: _____
 Ninguno Desalineamientos irritan las fibras nerviosas causando varias sensaciones. ¿Cuál describe los suyos?

 Agudo Opaco Palpitante Quemadura Doloroso Puñalada Adormecido

Dependiendo del tipo y grado de desalineamiento, la presión del nervio puede ser constante o de vez en cuando.

 ¿Qué tan seguido es el suyo(a)? Constante De vez en cuando

Por Favor escribe TODOS los medicamentos que usted está tomando (incluyendo prescripciones).

 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

Si ha tenido cirugías por favor díganos cuales: _____
Seleccione todos los que apliquen para usted:
Neurológico

-
- Allegáis
-
-
- Depresión
-
-
- Nerviosismo
-
-
- Fatiga
-
-
- dolor de cabeza
-
-
- irritable
-
-
- Pierde el equilibrio
-
-
- Convulsiones
-
-
- Adormecimiento
-
- ¿En dónde? _____
-
-
- Mareos
-
-
- Pérdida de peso inexplicable
-
-
- Temblar
-
-
- Problemas durmiendo

Cardiovascular

-
- Presión Alta
-
-
- Presión Baja
-
-
- Latidos Acelerados
-
-
- Latidos Lentos
-
-
- Hinchazón en tobillos
-
-
- Dolor en pecho
-
-
- Nausea / vomito

Ojos, Oreas, Nariz y Garganta

-
- Resfrió Frecuente
-
-
- Pérdida Auditiva
-
-
- Dolor en Orejas
-
-
- Timbrado en Orejas
-
-
- Infección de sinusitis
-
-
- Problema de tiroides

Gastrointestinal

-
- Diarrea
-
-
- Constipación
-
-
- Problema en Colon
-
-
- Pérdida de Control Intestinal
-
-
- Dificultad Digestiva
-
-
- Reflujo Acido

Genitourinario

-
- Mojar la cama
-
-
- Orinar frecuentemente
-
-
- Pérdida de control urinario
-
-
- Infección renal
-
-
- problema con próstata
-
-
- problema de visión

Respiratorio

-
- Asma
-
-
- Toz crónica
-
-
- Apnea de Sueno

Solo Para Mujeres

-
- Menstruación
-
-
- Infertilidad
-
-
- Embarazada
-
- Fecha de parto: _____

Tiene Usted

-
- Cáncer
-
-
- Diabetes
-
-
- Enfermedad de Corazón