

## BIENVENIDOS

Fecha \_\_\_\_\_ ¿A quien le agradecemos por referirte? \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  

Apellido
Nombre
Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ ¿Podemos agregarte a nuestra lista?  Si  No

Sexo  F  M Edad \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado  Viudo  Soltero  Menor  
 Separado  Divorciado  Juntos por \_\_\_\_\_ años

Empleador o Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador o Escuela \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Esposa(o) \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de Celular \_\_\_\_\_ Número de Casa \_\_\_\_\_

### Condición de Paciente

Razón de visita \_\_\_\_\_

¿Es tu condición debido a un accidente?  Si  No Tipo de accidente:  Auto  Trabajo  Casa  Otro

¿A quién le has reportado tu accidente?  Seguro de Auto  Trabajo  Compensación de Trabajo  Otro

¿Cuándo empezaron tus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Se está empeorando tu condición?  Si  No  Desconocido

Califica la gravedad de tu dolor del 1 (Menos dolor) al 10 (dolor severo) \_\_\_\_\_

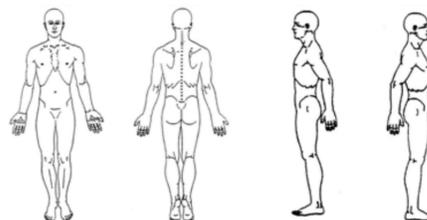
Tipos de Dolor:  Fuerte  Calambres  Punzadas  Hinchado  Electricidad  
 Ardiente  Hormigueo  Entumecimiento  Rigidez  Dolor

¿Qué frecuente tienes este dolor? \_\_\_\_\_ Frecuencia de Dolor:  Constante  Ocasional

¿El dolor interfiere con alguno de los siguientes?  Trabajo  Dormir  Rutina Diaria  Recreación

Actividades o movimientos que causa dolor:  Sentarse  Pararse  Caminar  Acostarse  Agacharse

Marque una "X" en donde tienes dolor



# Historia de Salud

¿Cuales tratamientos has recibido para tu condición?

Medicamentos  Cirugías  Terapia Física  Quiropráctico  Ninguna  Otra \_\_\_\_\_

**Nombre y dirección de doctores que te han tratado para esta condición:**

Dr. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_

Fecha de Último: Examen Físico \_\_\_\_\_ Radiografía Espinal \_\_\_\_\_ Examen Sangra \_\_\_\_\_

Examen Espinal \_\_\_\_\_ Radiografía de Pecho \_\_\_\_\_ Examen Orinal \_\_\_\_\_

Radiografía Dental \_\_\_\_\_ MRI \_\_\_\_\_ Escaneo CT \_\_\_\_\_ Huesos \_\_\_\_\_

Marque "Si" o "No" para indicar si alguna vez a tenido:

Aborto Espontáneo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nervio Pellizcado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Párkinson	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bulto en el Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Tifoidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sida/ VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos Ferina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Coto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hernia del disco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Crecimiento Tumoral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunas Contra La Alergia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infección Vaginal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Varicela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia Química	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Intento de Suicidio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra _____	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**Ejercicio**

Ningún  
 Moderado  
 Diario  
 Pesado

**Actividad de Trabajo**

Sentado  
 Parado  
 Trabajo Ligero  
 Trabajo Pesado

**Hábitos**

Fumar Paquetes/ Diario \_\_\_\_\_  
 Alcohol Bebidas/ Semana \_\_\_\_\_  
 Café/ Bebidas con Cafeína Tazas/ Diario \_\_\_\_\_  
 Alto Nivel de Estrés Razón \_\_\_\_\_

¿Estas embarazada?  Si  No \_\_\_\_\_

**Heridas/ Cirugías que has tenido:**

	Descripción	Fecha
Heridas en la cabeza	_____	_____
Huesos Rotos	_____	_____
Dislocación	_____	_____
Cirugías	_____	_____

Medicamento	Alergias	Vitaminas/ Hierbas/ Minerales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Farmacia _____	_____	_____
Telefono _____	_____	_____

# Historia de Salud

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que ha experimentado en los últimos 6 meses:

- |                                                   |                                                 |                                                                          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja    | <input type="checkbox"/> Dolor de Hombros       | <input type="checkbox"/> Problemas de Peso                               |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello          | <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera        | <input type="checkbox"/> Tensión a través de los Hombros                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre los hombros  | <input type="checkbox"/> Dolor de Rodillas      | <input type="checkbox"/> Hormigueo/ entumecimiento en los Brazos o Manos |
| <input type="checkbox"/> Tensión/ Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/ Pies | <input type="checkbox"/> Hormigueo/ entumecimiento Piernas o Pies        |
| <input type="checkbox"/> Cansancio o Fatiga       | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos   | <input type="checkbox"/> Mareo                                           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Muñeca/ Manos   | <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Nervios                                         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Codo            | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos   | <input type="checkbox"/> Dificultad para Dormir                          |

¿Cuales de los síntoma(s) es el peor? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo has tenido este síntoma(s)? \_\_\_\_\_

¿Cuando se altera, cómo se siente? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Marca cómo el síntoma(s) te hace actuar

- Malhumorado (a)     Irritable     Interrumpe el sueño     Restringe actividad diaria     Otro \_\_\_\_\_

Marca cómo los síntomas te afectan en el trabajo

- Tomar decisiones     Agotado(a) al final del día     Disminución de productividad  
 Actitud mala     Incapaz de trabajar largas horas     Otro \_\_\_\_\_

Marca cómo los síntomas te afectan en tu casa

- Pierdes paciencia con otros  
 Dificultad de hacer ejercicio o participar en deportes  
 Restricciones para hacer quehaceres en la casa  
 Interfiere con tu habilidad para participar en aficiones o actividades  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Qué has hecho para agravar el problema o cómo has fracasado en ayudarte?

---

---

¿Si no haces algo como te puede afectar en cinco años?

---

---

¿Estás comprometido en quitarte los síntomas aunque requiera cambiar tu estilo de vida?

- Si     No

¿No porque? \_\_\_\_\_

---



