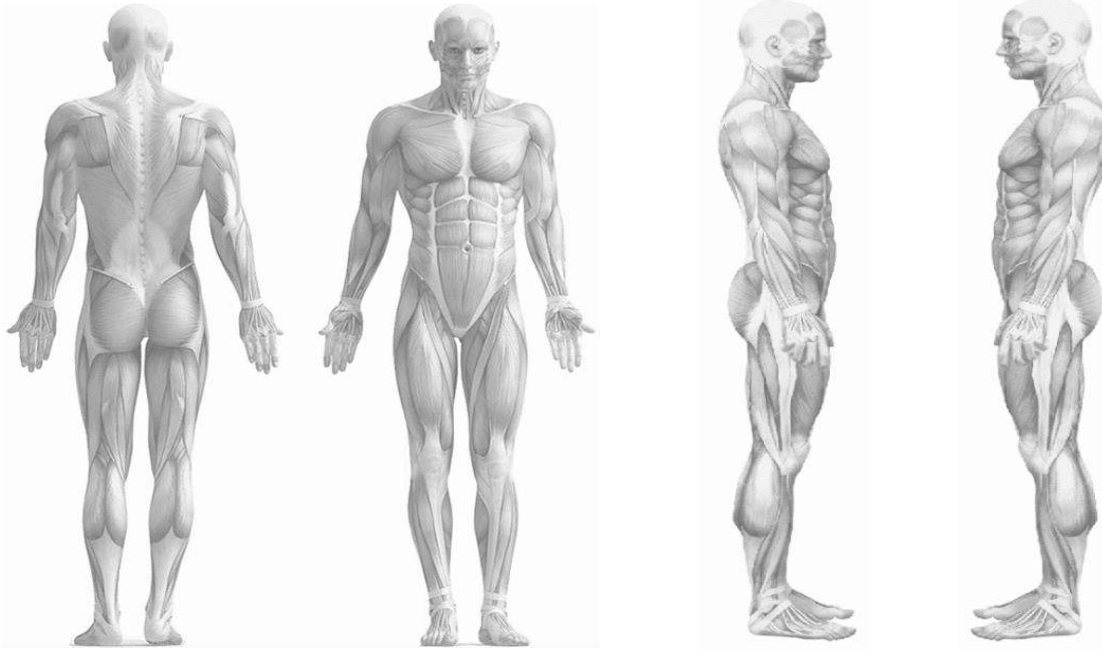


Nombre			Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Fecha de nacimiento	/	/
Raza /Etnia	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucasiano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleños del Pacifico/Hawaiano					
Dirección			Ciudad			Estado
Teléfono			Correo Electrónico			
Nos encontró en	<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Anuncio:		<input type="checkbox"/> Referencia:		<input type="checkbox"/> Otro:	
Contacto de emergencia			Teléf.:			Parentesco

Por favor use la guía para marcar las áreas con problemas



- | |
|---------------------|
| A = Dolor |
| V = Dolor Agudo |
| O = Latidos |
| T = Tensión |
| * = Se Irradia |
| S = Punzadas |
| E = Electricidad |
| B = Ardor |
| // = Entumecimiento |
| X = Otro _____ |

Please separate your complaints and describe them individually below. List most severe complaint first.

Problema # 1	Lado/Ubicación/Descripción	¿Cuándo empezó?	¿Que lo ocasionó? (si supiera)

Problema # 2	Lado/Ubicación/Descripción	¿Cuándo empezó?	¿Que lo ocasionó? (si supiera)

Problema # 3	Lado/Ubicación/Descripción	¿Cuándo empezó?	¿Que lo ocasionó? (si supiera)

Otros Problemas	Descripción: Ubicación del dolor, Como empezó, Otra información relevante

Nombre de Paciente:

Fecha:

HISTORIA MEDICA ACTUAL

Doctor de atención Primario _____ Clínica _____ MD DO PA NP
 Otro Doctor _____ Clínica _____ Especialidad _____
 Otro Doctor _____ Clínica _____ Especialidad _____

¿Cuál de estos doctores está al tanto de tus problemas actual(es)? _____
 ¿Has visto a un quiropráctico antes? _____

Actual Medicación Lista entregada Alergias Lista proporcionada Diagnósticos/Condiciones relacionados

HISTORIA MEDICA PASADA

¿Cuándo fue tu último examen físico? Fecha _____ Doctor _____

Cirugías y Lesiones

Fecha	Descripción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

CONDICIÓN	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo	Abuela
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Causa y Edad de fallecimiento

--	--	--	--	--	--

HISTORIA SOCIAL**Empleo:** Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Retirado Desempleado Discapacitado otro _____

Ocupación _____ Actividades que realiza en el trabajo _____

Cultura/Religión: Costumbres/creencias que deberíamos saber _____**Social / Hábitos de Salud:**

- **Nicotina:** Actualmente en el pasado Tabaco Vaporizador Otros _____ ¿Cuántos? _____
- **Drogas recreacionales:** Actualmente En el pasado ¿Que Droga? _____
- **Alcohol:** Actualmente En el pasado Alcohólico Días/Semana _____ ¿Cuántos? _____
- **Cafeína:** Café Bebidas energéticas Soda Otro _____ ¿Cuántos? _____
- **Ejercicio:** Si No Tipo _____ Días/Semana _____ Minutos _____
- **Sueño:** Excelente Bueno Regular Malo Terrible Horas por noche _____
- **Estrés:** Extremo Alto Moderado Bajo Ninguno

Estado de Salud en General: Excelente Bueno Regular Malo**Entorno en el que vive:** Solo Con Esposo(a) Con Hijos Otro _____**Lenguaje:** Primario _____ Otro _____ ¿Necesita traductor? Si No**Discapacidad:** Visuales Auditiva Lectora Otro _____**Historial de Salud****Musculoesquelético**

- Dolor de Cuello
- Dolor de espalda media
- Dolor de espalda baja
- Dolor de Hombro/Brazo
- Dolor de mano/muñeca
- Dolor de cadera/pierna
- Dolor de Pie/Tobillo
- Dolor de Quijada
- Articulaciones inflamadas
- Rigidez en las articulaciones
- Dolor en las articulaciones
- Dolores Musculares
- Músculos Débiles

EENT

- Problemas de Visión
- Irritación de ojos
- Cataratas
- Fatiga Visual
- Dolor de oído
- Problemas auditivos
- Zumbido en los Oídos
- Secreción de oído
- Dolor seno nasal
- Dolor nasal
- Sangrado nasal
- Secreción nasal
- Dificultad respiratoria
- Garganta adolorida

Neurológico

- Dolor de cabeza/Migraña
- Adormecimiento/Hormigueo
- Parálisis
- Mareos/Vértigo
- Desmayos
- Espasmos Musculares
- Temblores
- Convulsione
- Confusión
- Problemas de memoria
- Depresión
- Insomnio
- Balance/problemas al caminar

Gastrointestinal

- Pérdida de apetito
- Hambre Excesiva
- Sed Excesiva
- Dificultad para masticar
- Dificultad para tragar
- Sangre en heces
- Nausea
- Vomito
- Cólicos Estomacales
- Diarrea
- Constipación
- Hinchazón
- Problemas de encías

Síntomas Constitucionales

- Perdida/aumento de peso
- Fiebre
- Fatiga

Genitourinario

- Problema de la Vejiga
- Micción excesiva
- Micción escaza
- Micción dolorosa
- Descoloración de la orina

Cardiovascular/Pulmonar

- Dolor en el pecho
- Dificultad al respirar
- Tos
- Problemas de corazón
- Presión arterial alta
- Presión arterial Baja
- Varices
- Extremidades inflamadas

Piel

- Sarpullido
- Picazón
- Cambio en el color de piel
- Lunar extraño
- Heridas
- Manchas
- Acné
- Problemas en las uñas
- Perdida de cabello
- Piel Seca

Solo Mujeres

- Doloroso/Irregular Periodos
- Dolor Vaginal
- Secreción Vaginal
- Dolor de senos
- Bulto en el seno
- Embarazo
- Último Periodo _____

Yo doy fe que la información proveída en este formulario (3 páginas) es verdad y completada a mi mejor conocimiento y autorizo a esta oficina evaluar, diagnosticar y tratar mis problemas basados en la información proporcionada

Firma del Paciente/Tutor_____
Fecha