

## Informacion del Paciente

**CONFIDENTIAL**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino  
 Primero Inicial Apellido

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Telefono de Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Su Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre del conyuge o padre/madre: \_\_\_\_\_ Status: Menor Casado/a Soltero/a Otro/a

Nombre y fecha de nacimiento de sus hijos: \_\_\_\_\_

Quien lo/la recomendo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## RAZON PARA BUSCAR LA ATENCION QUIROPRACTICA

Qué preocupaciones siente que Gonstead Family Chiropractic puede abordar para usted?

Son estas las preocupaciones que afectan su calidad de vida? (Por favor marque todas las que correspondan)

|                     |   |   |          |   |   |               |   |   |
|---------------------|---|---|----------|---|---|---------------|---|---|
| Trabajo:            | Y | N | Manejo:  | Y | N | Sueño:        | Y | N |
| Escuela:            | Y | N | Caminar: | Y | N | Sentado:      | Y | N |
| Ejercicio/deportes: | Y | N | Comer:   | Y | N | Vida amorosa: | Y | N |

Alguna vez ha sido diagnosticado con una Subluxación? No Si, Cuando? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE CUIDADO DE SALUD QUIROPRACTICO

Alguna vez ha recibido atención quiropráctica? Si No Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo estuvo bajo tratamiento? \_\_\_\_\_Dias \_\_\_\_\_Años Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Por qué dejo el tratamiento/cuidado? \_\_\_\_\_

Ha sido consultado por alguno de los siguientes proveedores de salud? (Por favor marque todas las que correspondan)

Medico  Naturópata  Acupunturista  Homeópata  
 Terapeuta del masaje  Psicoterapeuta  Sanador de energia  Dentista

Motivo: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARA LAS MUJERES

Está embarazada? Yes No Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Si está embarazada, Due Date: \_\_\_\_\_ Nombre de OBGYN: \_\_\_\_\_

# SALUD, BIENESTAR Y CUADADO QUIROPRACTICO

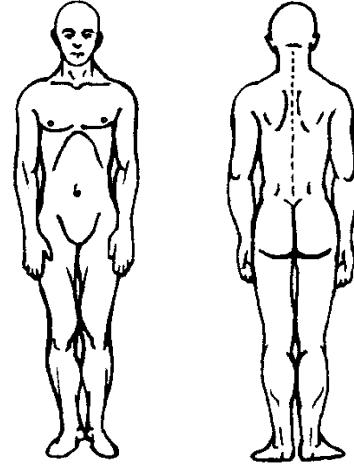
**PONGA EN LA SEQUIENTE LISTA LAS AREAS DE QUEJA:** (area de queja)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**CIRCULE EL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE DOLOR:** 1 = no dolor, 10 = Severo

**POR FACOR MARQUE LAS AREAS DE QUEJA Y TIPO DE DOLOR EN EL SIQUENTE DIAGRAMA USANDO LAS SIGUENTES LETRAS:**

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Embotado (Dull)           | = D   |
| Dolor (Aching)            | = A   |
| Enturnidez (Stiffness)    | = S   |
| Ardor (Burning)           | = B   |
| Hormigueo (Tingling)      | = T   |
| Entumecimiento (Numbness) | = N   |
| Como cuchillada (Sharp)   | = !!! |
| Tirones (Shooting)        | = XXX |
| Otro _____                | = *** |



Con que frecuencia usted ha notado sus sintomas?  Constante  Frecuentemente  Ocasionalmente  
Hay algo que le ayude a desminuir el dolor? \_\_\_\_\_  
Que actividades se le dificultan?  Sentarse  Estar de pie  Cominar  Doblarse/agacharse  Acostarse  
Por favor describa otras actividades que son restringidas debido a este problema? \_\_\_\_\_

Cuando empezo a sentir este(os) sintomas? \_\_\_\_\_ Su condicion se esta empeorando?  No  Si  
Ha tenido este problema anteriormente?  No  Si, Cuando? \_\_\_\_\_  
Ha tenido una herida o una caida?  No  Si, Explica: \_\_\_\_\_  
Le han tomado radiografias anteriormente?  No  Si, Cuando? \_\_\_\_\_ Que areas? \_\_\_\_\_  
Estoy tomando los siguientes medicamentos para las siguientes condiciones:  Ninguno

Ha tenido algun tipo de cirugia: \_\_\_\_\_  Ninguno

**Favor de marcar los sintomas que usted a notado:**

|  |   |  |   |                                 |  |
|--|---|--|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo         | <input type="checkbox"/> Irritabilidad        | <input type="checkbox"/> Problemas para pecho    | <input type="checkbox"/> Alergias           | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza             |
| <input type="checkbox"/> Fatiga              | <input type="checkbox"/> Depresion            | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual         | <input type="checkbox"/> Ardor de orina     |                                 | <input type="checkbox"/> Estrenimiento               |
| <input type="checkbox"/> Oscilacion de humor | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos | <input type="checkbox"/> Irregularidad menstrual | <input type="checkbox"/> Problemas de orina |                                 | <input type="checkbox"/> Accesos repentinos de calor |

## **CALIDAD DE VIDA (actualmente)**

|  |                                |                                      |                                 |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Cómo califica el grado de su salud fisica?     | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Mas o menos | <input type="checkbox"/> Pobres |
| Como califica su salud emocional/mental?       | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Mas o menos | <input type="checkbox"/> Pobres |
| Cómo califica su "calidad de vida" en general? | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Mas o menos | <input type="checkbox"/> Pobres |

Hace ejercicio regularmente? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Sigue usted un régimen alimenticio especial? \_\_\_\_\_

## **SUS EXPECTATIVAS DE LA ATENCION QUIROPRACTICA**

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo alivio de síntomas              | <input type="checkbox"/> Prevención y alivio de sintomas | <input type="checkbox"/> Obtener una spina dorsal y sistema nevioso saludable |
| <input type="checkbox"/> La salud óptima en todos los niveles | <input type="checkbox"/> OTRA: _____                     |   |

# SALUD, BIENESTAR Y CUADADO QUIROPRACTICO

El sistema en el cuerpo que coordina la salud es el SISTEMA NERVIOSO. Las vértebras (huesos de la columna vertebral) rodean y protegen el SISTEMA NERVIOSO delicado. Lesión en LA COLUMNA y el SISTEMA NERVIOSO es una condición llamada SUBLUXACIÓN VERTEBRAL y resulta en mal funcionamiento del nervio. Subluxaciones Vertebrales pueden tener Física, Emocional y Química causas y efectos. La siguiente información nos ayudará a ver los tipos de estrés ya sea FÍSICO, EMOCIONAL O QUÍMICO que este usted presenciando y la forma en que pueden relacionarse con su columna vertebral, los nervios y estado actual de salud y esten causado **Subluxaciones Vertebrales**.

## ESTRÉS FÍSICO: NACIMIENTO Y LA INFANCIA

El proceso de nacimiento puede traumatizar a la columna vertebral de un bebé y causar daños en el sistema de columna vertebral y los nervios. Por favor, señale dónde y cómo fue dado a luz. (Si usted no sabe, por favor pase a la siguiente pregunta)

- Casa       Natural       El Hospital       Cesárea       Pinzas       Succión  
 De nalgas       cordón alrededor del cuello       Parto prolongado       Laboral inducida por medicamentos

## ESTRÉS FÍSICO: DE INFANCIA A ADULTOS

Todos pasamos por traumas físicos menores repetidamente que sería difícil enumerar. Por favor enumere los principales traumas que usted recuerda de su niñez hasta el presente. Ha tenido algún accidente debido a cualquiera de las siguientes? (Marque todas las que apliquen)

- Automóvil       Motocicleta       Bicicletas       Deportes       Zona de juegos       Abuso

En caso afirmativo, indique el tipo de lesión y la fecha: \_\_\_\_\_

Alguna vez has herido, roto, fracturado, esguince, heridas o sentir dolor en los huesos o articulaciones (columna, la cabeza, el cuello, las costillas, el pecho, la parte superior o inferior de la espalda, pelvis o caderas, las piernas o los brazos)?

Si  No - Si sí, lista de partes del cuerpo: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía?  Si  No

En caso afirmativo, indique el tipo de lesión y la fecha: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia us obtiene actividades físicas / ejercicio? Qué tipos? \_\_\_\_\_

Cuántas horas permanece sentado en un día? \_\_\_\_\_ hours/day      Horas de televisión al día? \_\_\_\_\_

## ESTRÉS EMOCIONAL : DE INFANCIA A ADULTOS

Es difícil separar el estrés emocional en nuestra vida de la respuesta física que a menudo se produce . Por favor, indique si alguna vez o está experimentando cualquiera de estas tensiones emocionales:

- |                             |  |                         |  |            |  |
|-----------------------------|--|-------------------------|--|------------|--|
| Trauma Infantil             | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Pérdida de Pareja       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Abuso      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Tabajo or Escuela           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Divorcio/Separación     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Financiero | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| El cambio de estilo de vida | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Los padres se divorcian | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

En una escala de cero a diez, evalúe la cantidad de estrés en su vida.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
Ninguno de pequeña      Estresado

## ESTRÉS QUÍMICAS : DE INFANCIA A ADULTOS

Estrés químico puede ocurrir cuando una sustancia que es tóxica para el cuerpo sea respirada , inyectada , tomada por vía oral o sea puesta en la piel (por ejemplo : alergias a los alimentos , reacciones a medicamentos, exposición a productos químicos en el aire, etc ) A continuación se revelará exposiciones que pueda haber tenido .

Fue vacunado?  Si  No      En caso afirmativo , ¿ha tenido una reacción?  Si  No  Inseguro

Ha estado expuesto a alguna de las siguientes de forma regular (ya sea en el pasado o en la actualidad)?

Los productos químicos tóxicos       El humo de segunda mano       El tratamiento farmacéutico       Radiación

Quimioterapia       Otra: \_\_\_\_\_

Tiene alergias o sensibilidad a algunos alimentos?  Si  No      Por favor lista: \_\_\_\_\_

Actualmente consume cualquiera de los siguientes?

Café / cafeína       Alcohol       Tabaco       Medicamento sin receta       Medicamentos recetados       Azúcar

Anote todos los medicamentos (con y sin receta médica): \_\_\_\_\_

Atención: Es importante que haga una lista de todos los medicamentos , ya que pueden tener una influencia en su cuidado.

Gracias por elegir Gonstead Family Chiropractic usted. Esperamos poder servirle.