

HISTORIAL (CONFIDENCIAL)

Querido Paciente: Complete este formulario, por favor. Sus repuestas nos ayudarán en determinar si la quiropráctica puede ayudarle. Si nosotros sinceramente no creemos que su padecimiento responderá satisfactoriamente, nosotros no aceptaremos su caso. GRACIAS.

NOMBRE Y APELLIDO _____ FECHA _____ TELEFONO _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono en su trabajo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____ Número de hijos _____
 Ocupación _____ Número de la seguridad social _____
 ¿Quién va a pagar esta cuenta? _____ Recomendado por _____

Ponga una cruz en el cuadro, por favor, con el correspondiente síntoma que usted ahora tenga o haya tenido previamente. Queremos saber todos los datos sobre su salud antes de que aceptemos su caso, ESTE EN UN INFORME CONFIDENCIAL DE SALUD.

D - DE VEZ EN CUANDO
F - FRECUENTEMENTE
C - CONSTANTAMENTE

D F C

GENERAL

- Alergia
- Escalofríos
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo/depresión
- Neuralgia
- Entumecimientos
- Sudores
- Temblores
- MÚSCULOS Y ARTICULACIONES**
- Artritis
- Bursitis
- Problemas en los pies
- Hernia
- Dolores en la parte baja de la espalda
- Lumbago
- Dolor de cuello o torticolis
- Dolor entre los hombros
- Dolor o entumecimiento en:
- Hombros
- Brazos
- Codos
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Rodillas
- Pies
- Dolor en la rabadilla
- Mala postura
- Ciática
- Desviación de la espina dorsal
- Articulaciones inflamadas

D F C

GASTRO—INTESTINAL

- Eruptos o gases
- Colitis
- Problemas en el colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Digestión difícil
- Abdomen distendido
- Hambre frecuente
- Problemas en la vesícula
- Hemorroides
- Lombrices intestinales
- Ictericia
- Problemas en el hígado
- Náuseas
- Dolores de estómago
- Poco apetito
- Vómitos
- Vómitos de sangre

**OJOS, OÍDOS,
 NARIZ Y GARGANTA**

- Asma
- Resfriados
- Ojos bizcos
- Sordera
- Caries dentales
- Dolor de oídos
- Supuración de oídos
- Zumbidos en los oídos
- Glándulas inflamadas
- Tiroides inflamados
- Dolor de ojos
- Falta de vista
- Presbicia
- Problemas en las encías
- Fiebre del heno
- Ronquera
- Narices tapadas
- Miopia
- Narices que sangran
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Amigdalitis

D F C

CARDIO-VASCULAR

- Arteriosclerosis
- Presión alta
- Presión baja
- Dolor en el corazón
- Poca circulación
- Pulso rápido
- Pulso lento
- Tobillos hinchados

RESPIRATORIO

- Dolores en el pecho
- Tos crónica
- Dificultad al respirar
- Sangre en los esputos
- Flema en los esputos
- Resuellos ruidosos

PIEL

- Granos de pus
- Cardenales frecuentes
- Sequedad
- Urticaria o alergia
- Picores
- Erupción (salpullido)
- Venas varicosas

GENITO-URINARIO

- Se orina en la cama
- Sangre en la orina
- Orina frecuente
- Incapacidad de controlar los riñones
- Infección del riñón o piedras
- Orina dolorosa
- Problemas en la próstata
- Pus en la orina

PARA MUJERES

- Pechos congestionados
- Calambres o dolor de espalda
- Derrame excesivo
- Calores
- Menstruación irregular
- Bultos en los senos
- Síntomas de menapausia
- Menstruación dolorosa
- Derrame vaginal

MARQUE SI HA TENIDO LO SIGUIENTE:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Llagas en los labios | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Abortos | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Influenza (Gripe) | <input type="checkbox"/> Pleuresia | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pulmonía) | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Malaria (Paludismo) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Baile de San Vito | <input type="checkbox"/> Ampollas en los labios | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tos ferina |

¿Ha estado asistido por un quiropráctico antes? _____ Si afirmativo, ponga la fecha _____

¿Tiene seguro médico y de accidente? _____ Si afirmativo, qué compañía? _____

¿Es debido a un accidente laboral? Sí No

(Por favor, siga a la vuelta)

