

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA SALUD DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico: _____ Numero de Seguridad Social _____

Sexo M F Estado Civil C S D V Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ocupación _____ Empleador _____

Nombre y número del contacto de emergencia _____

Referido/a por: _____ Nombre del Médico de Cuidado Primario: _____

¿Alguna vez ha recibido Atención Quiropráctica? Sí No Si es así, ¿Cuándo? _____

Resultados del tratamiento? _____

AFLICCIÓN PRINCIPAL

1. Motivo por el que se busca atención quiropráctica:

Razón principal: _____

Razón secundaria: _____

2. Intervenciones, tratamientos, medicamentos, cirugías o cuidados previos que ha solicitado para su aflicción/es:

HISTORIAL PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL ANTERIOR

3. Historial Médico:

A. Por favor indique si tiene antecedentes de alguna de estas enfermedades:

- Problemas cardíacos/hipertensión arterial/dolor en el pecho Problemas de Hemorragias
 Problemas pulmonares/falta de respiración Cáncer Diabetes Trastornos psiquiátricos
 Trastorno bipolar Depresión severa Esquizofrenia Derrame cerebral/AITs
 Ninguna de las anteriores Otro _____

B. Lesiones Previas o Trauma: _____

¿Alguna vez se ha roto algún hueso? ¿Cuál? _____

C. Alergias: _____

Patient Name: _____ Date: _____

D. Medicamentos (con y sin receta), Vitaminas y Suplementos:

Descripción	Razón para tomar
_____	_____
_____	_____
_____	_____

E. Cirugías:

Fecha	Tipo de Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. Mujer / Embarazos y Resultados:

Embarazos/Fecha del Parto	Resultados
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Historial de Salud Familiar:

¿Tiene un historial familiar de? (Por favor, marque todo lo que corresponda)

- Ninguna de las anteriores Cáncer Derrame cerebral/AIT's Dolores de cabeza Problemas cardiacos Diabetes
- Enfermedades neurológicas Enfermedades cardíacas antes de los 40 años Enfermedad Psiquiátrica
- Adoptado/a/ No sabe Otro _____

Causa de la muerte de los padres o hermanos	Edad de fallecimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Historial Laboral y Social:

A. Descripción del trabajo: _____

B. Horario de trabajo: _____

C. Actividades recreativas: _____

D. Estilo de vida (pasatiempos, nivel de ejercicio, consumo de alcohol, tabaco y drogas, dieta):

Patient Name: _____ Date: _____

REVISIÓN POR SISTEMAS

INSTRUCCIONES: Por favor, complete todas las secciones. Si no se aplica ninguna de las condiciones, seleccione "ninguno".

Constitucional:

- Ninguno
- Escalofríos
- Somnolencia Diurna
- Fatiga
- Fiebre
- Sudores Nocturnos
- Aumento de Peso
- Pérdida de Peso

Ojos/Visión:

- Ninguno
- Cejera
- Visión Borrosa
- Cataratas
- Cambio en la Visión
- Visión Doble
- Dolor de Ojo
- Cortes en el Área
- Glaucoma
- Picazón (*alrededor de los ojos*)
- Fotofobia
- Desgarramiento Ocular
- Usa Anteojos o Lentes de Contacto

Oídos, Nariz y Garganta:

- Ninguno
- Sangrado
- Implantes
- Dentaduras Postizas
- Dificultad para Tragar/Disfagia
- Secreción
- Mareos
- Drenaje del oído
- Infección de Oído/s
- Dolor de Oído
- Desmayo
- Dolores de Cabeza
- Lesión en la Cabeza (*historia de*)
- Pérdida de Audición
- Ronquera
- Pérdida del Olfato
- Congestión Nasal
- Sangrados Nasales
- Goteo Postnasal
- Rinorrea (*goteo nasal*)
- Sinusitis
- Ronquido
- Dolor de garganta
- Tinnitus (*zumbido en los oídos*)
- Trastorno de ATM

Cardiovascular:

- Ninguno
- Angina (*dolor or molesia en el pecho*)
- Dolor de Pecho
- Claudicación (*dolor o molestia en la pierna*)
- Soplo en el Corazón
- Problemas Cardíacos
- Ortopnea (dificultad para respirar mientras se está acostado)
- Palpitaciones (*latidos irregulares o fuertes*)
- Disnea Paroxística Nocturna (*falta de aliento en la noche*)
- Dificultad para Respirar
- Hinchazón de la/s Pierna/s
- Úlceras
- Varices

Gastrointestinal:

- Ninguno
- Dolor Abdominal
- Eructos
- Heces Negras y Alquitranosas
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para Tragar/Disfagia
- Acidez Estomacal
- Hemorroides
- Indigestión
- Ictericia (*coloración amarillenta de la piel*)
- Nausea
- Sangrado Rectal
- Heces anormales Gosor de las Heces (*calidad*)
- Color Anormal de las Heces
- Consistencia Anormal de las Heces
- Vómito
- Vómito con Sangre

Musculoesquelético

- Ninguno
- Osteoporosis
- Artritis
- Escoliosis
- Mala postura
- Problemas de columna (*cuello y espalda*)
- Problemas en las extremidades superiores (*cadera, rodilla, pie, tobillo*)
- Problemas en las extremidades inferiores (*hombro, codo, muñeca, manc*)
- Trastornos de ATM

Endocrino:

- Ninguno
- Intolerancia al Frío
- Diabetes
- Apetito Excesivo
- Hambre Excesivo
- Sed Excesiva
- Orina con Frecuencia
- Bocio
- Caída del Cabello
- Intolerancia al Calor
- Crecimiento Inusual del Cabello
- Cambios en la Voz

Piel:

- Ninguno
- Cambios en la Textura de las Uñas
- Cambios en el Color de la Piel
- Crecimiento del Cabello
- Caída del Cabello
- Urticaria
- Picazón
- Parestesia (entumecimiento u hormigueo)
- Sarpullido
- Historia de las Enfermedades de la Piel
- Lesiones o Úlceras de la Piel
- Varices

Sistema Nervioso:

- Ninguno
- Mareos
- Parálisis Facial
- Dolores de Cabeza
- Debilidad de las Extremidades
- Pérdida de Conciencia
- Pérdida de la Memoria
- Adormecimiento
- Convulsiones
- Alteración del Sueño
- Dificultad para Hablar
- Estrés
- Derrame Cerebral
- Temblores de los músculos
- Inestabilidad para Caminar

Respiración:

- Ninguno
- Asma
- Tos con Sangre
- Dificultad para Respirar
- Producción de Espujo
- Sibilancia

Alergia:

- Ninguno
- Anafilaxia (historia de)
- Intolerancia alimenticia
- Picazón
- Congestión Nasal
- Estornudo

Hematología:

- Ninguno
- Anemia
- Sangrado
- Coagulación de la sangre
- Transfusión/es Sanguínea/s
- Tiene Moretones con facilidad
- Cansancio
- Inflamación de los Ganglios Linfáticos

Psicológico:

- Ninguno
- Anhedonia (*incapacidad para experimentar alegría o disfrutar de la vida*)
- Ansiedad
- Cambios de Apetito
- Cambio/s de Comportamiento
- Trastorno Bipolar
- Confusión
- Convulsiones
- Depresión
- Insomnio
- Pérdida de la Memoria
- Cambio/s de Humor

Mujer:

- Ninguno
- Terapia de control de la maternidad
- Bultos en los senos / Dolor
- Ardor al Orinar
- Calambres
- Orina con Frecuencia
- Terapia Hormonal
- Menstruación Irregular
- Retención de Orina
- Sangrado Vaginal
- Flujo Vaginal

Hombre:

- Ninguno
- Ardor al Orinar
- Disfunción Eréctil
- Orina con Frecuencia
- Vacilación Urinaria o Goteo
- Problemas de Próstata
- Retención de Orina

Firma del Paciente: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

He examinado el ROS anterior con el paciente mencionado: _____

Firma del Médico

Fecha