

NUVITA CHIROPRACTIC INGRESO DE NUEVOS PACIENTES

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____ Celular: () _____

Correo Electrónico: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Soltero: _____ Casado: _____ Nombre de su Esposo/a: _____

¿Has ido a un quiropráctico antes? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿A quién agradecer por referirlo a nuestra oficina, NuVita Chiropractic? _____

HISTORIA DE PACIENTE



Por favor, Marque todos los síntomas que ha tenido, incluso ellos, aunque no parecen estar relacionados con sus queja o problema principal

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel
Carpiano | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Cambio en la vista |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombros | <input type="checkbox"/> Dolor e inflamación de
articulaciones | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Brazos/Manos | <input type="checkbox"/> Adormecimientos de
extremidades | <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (a la
mitad) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales | <input type="checkbox"/> Zumbido en las Oídos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (abajo) | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Dolor de oído |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Infección de oído |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Piernas/Pies | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Discos | | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sangrado de Nariz |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Asma |
| | | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Nausea |

Queja o Problema Principal: _____

¿Usted fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuántos años? _____ ¿Cuántas paquetes de cigarrillos o tabaco fuma por día? _____

Por favor a punta los medicamentos cuales estas tomando: _____

¿Alguna vez te han diagnosticado con un desorden o condición médica? _____

¿Algún miembro de su familia con desórdenes o condiciones médicos? _____

¿Ha estado en un accidente de auto recientemente Si No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Las declaraciones hechas en este formulario son exactas a lo mejor de mi memoria y estoy de acuerdo en permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

Firma del Paciente o de la persona autorizada

Fecha

Escala de Clasificación Funcional

Con respecto a la QUEJA PRINCIPAL

Para evaluar adecuadamente su condición, debemos comprender cuánto han afectado sus principales problemas de queja su capacidad para manejar las actividades diariamente.

Para cada artículo mencionado, escoge la opción que describa más de cerca su condición en este momento.

1. Intensidad del Dolor

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin Dolor	Dolor Leve	Dolor Moderado	Dolor Muy fuerte	Máximo Dolor

2. Durmiente

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sueño Perfecto	Sueño Levemente Perturbado	Sueño Moderadamente perturbado	Sueño Grandemente Perturbado	Sueño Totalmente Perturbado

3. Cuido e Higiene Personal (bañarse, vistiéndose, etc.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin Dolor, sin restricciones	Dolor Leve, Sin restricciones	Dolor Moderado, teniendo ir despacio	Dolor Moderado, necesitando un poco de ayuda	Dolor muy Fuerte, necesitando asistencia completa

4. Viajando (conducción, etc.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay dolor en viajes largos	Dolor leve en viajes largos	Dolor Moderado en viajes largos	Dolor Moderado en viajes cortos	Dolor muy Fuerte en viajes cortos

5. Trabajo

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo hacer trabajo y además trabajo extra	Puedo hacer trabajo pero nada mas	Puedo hacer 50% del trabajo habitual	Puedo hacer 25% del trabajo habitual	No puedo trabajar

6. Recreación

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin Dolor	Dolor Leve	Dolor Moderado	Dolor Muy fuerte	Máximo Dolor

7. Frecuencia del Dolor

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin Dolor	Dolor de forma ocasional; 25% del día	Dolor Intermitente; 50% del día	Dolor Frecuente; 75% del día	Dolor Constante; 100% del día

8. Levantar/ Alzar

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gran peso sin Dolor	Aumentando el Dolor con gran peso	Aumentando el Dolor con moderado Peso	Aumentando el dolor con Poco peso	Aumentando el dolor con peso cualquiera

9. Caminar

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay dolor cualquier distancia	Aumentado dolor después de 1 milla	Aumentado dolor después de 1/2 milla	Aumentado dolor después de 1/4 milla	Aumentado dolor con todos tipos de caminando

10. Parado / De Pie

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin dolor Por varias horas	Aumentando Dolor después de Varias horas	Aumentando Dolor después de una hora	Aumentando Dolor después de media hora	Aumentando Dolor con Cualquier tipo de ser de pie

Nombre del paciente _____

en letra de molde

_____ firma del paciente o de la persona autorizada

_____ Fecha (MM/DD/YY)

_____ firma del doctor

_____ Fecha (MM/DD/YY)

