
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____ Acct # _____
Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ _ Edad _____
Genero M F Estado Civil S M W D # De Hijos _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Correo Electronico _____ Numero Celular _____
Empleador _____ Ocapacion _____
Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ # de Telefono _____
Como escucho de Axis Spine and Sport

¿Alguna vez has tenido cuidado quiropráctico? S N ¿Cuánto tiempo ha pasado?

El propósito o razón de esta cita? _____

¿Bebes bebidas alcohólicas? S N ¿Con qué frecuencia? _____ Fuma? S N Cuanto?

Hacer ejercicio? S N ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo de ejercicio?

Tienes alguna alergia? (Especificar)

¿Cuándo fue tu último examen físico?

¿Cuándo fue la última vez que estuvo involucrado en un accidente de algún tipo?

Estas embarazada? S N Primer día del último ciclo menstrual? _____ # de embarazos? _____

HISTORIA DE SALUD PERSONAL- MARQUE LA CASILLA JUNTO A CADA CONDICIÓN QUE TENGA AHORA O QUE HAYA TENIDO EN EL PASADO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de Prostata | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Manos/Pies Frios | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Baja Resistencia | <input type="checkbox"/> Temblores en las Manos | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Perida de memoria | <input type="checkbox"/> Trazo Medico |
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Palmas Sudorosas | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Dificultad del habla | <input type="checkbox"/> Rupturas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vision/ojos | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Toser Sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de escuchar/orejas | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimentario |
| <input type="checkbox"/> Respiracion dificultosa | <input type="checkbox"/> Huesos rotos o fracturados | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Problemas Cirulatorios | <input type="checkbox"/> Drogadiccion |
| <input type="checkbox"/> Perdida de controlde la vejiga | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> VIH Positivo |
| <input type="checkbox"/> Estenimiento | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema de Vesiculs Biliar |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Una Enfermedad Congenita | <input type="checkbox"/> Problema de la Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problema de digestion | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Presion arterial alta/baja | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Problemas femeninos | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

HISTORIA DEL PACIENTE

¿Cuál es tu **principal queja**? _____

En la siguiente escala, circule la **gravedad** de su **queja principal** (en el peor de los casos)

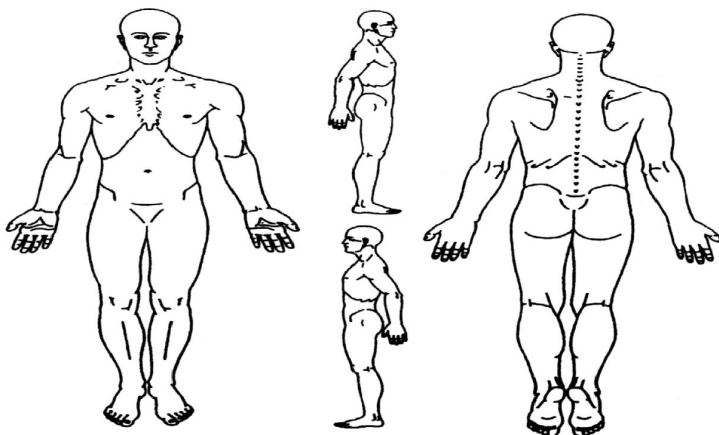
NINGUNA	LEVE	TEMPLADA	MODERAR	GRAVE
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

En la escala a continuación, circule el **porcentaje** de tiempo que experimenta su **queja principal**

OCASIONAL	INTERMITENTE	FRECUENTE	CONSTANTE
0	10	20	30
40	50	60	70
80	90	100	

En el diagrama a continuación, muestre dónde está experimentando todas sus quejas actuales utilizando las siguientes letras

A: dolor **B:** dolor ardiente **C:** calambres **D:** dolor sordo **R:** dolor punzante **N:** entumecimiento **T:** hormigueo



Cuanto tiempo has estado experimentando tu principal queja?

Cuándo lo notas **más**? AM PM

Cuánto dura? Mins Hrs

Que lo hace sentir mejor?

Que lo hace sentir peor.?

Alguna vez has tenido este problema en el pasado? **S N**

Para este problema

- Ha sido hospitalizado
- Ha sido tratado por otro quiropractico
- Ha sido tratado por otro proveedor especializado?
- Nunca recibio atencion

¿Has perdido tiempo en el trabajo por eso?

Fechas? _A

¿Tiene dolor y / o dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades?

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cuidado Personal | <input type="radio"/> Durmiendo | <input type="radio"/> Estar De Pie |
| <input type="radio"/> Levantamiento | <input type="radio"/> Recreacion | <input type="radio"/> Vida Social |
| <input type="radio"/> Concentrarse | <input type="radio"/> Caminando | |
| <input type="radio"/> Conduciendo | <input type="radio"/> Sentrarte | |

Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Por este medio solicito y doy mi consentimiento para la realización de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de terapia física y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente mencionado a continuación, del cual soy responsable legalmente) por el Dr. R. Dylan Hernandez, DC y / u otros Doctores en Quiropráctica con licencia o aquellos que trabajan en la clínica u oficina y que ahora o en el futuro me tratan mientras estoy empleado, trabajando, asociado o sirviendo como telón de fondo para Axis Spine and Sport. Entiendo y estoy informado de que, en la práctica de la quiropráctica, existen algunos riesgos para el examen y el tratamiento que incluyen, entre otros, dolor, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, luxaciones, esguinces y aumento de los síntomas y dolor o no mejora de Síntomas o dolor. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el médico siente en el momento, basándose en los hechos conocidos en ese momento, está en mi mejor interés Además, reconozco que no se me han otorgado garantías ni garantías con respecto a los resultados previstos de los tratamientos. Tengo la intención de que este formulario

de consentimiento cubra el curso completo del tratamiento de mi afección actual y para cualquier afección futura en la que solicite tratamiento. Entiendo que puedo rechazar el tratamiento en cualquier momento y que soy responsable de mis decisiones de atención médica.

Al firmar a continuación, he leído, o me han leído, el consentimiento anterior a la declaración de evaluación y tratamiento, y que certifico que mi información médica anterior es correcta según mi leal saber y entender..

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Axis Spine and Sport para información de salud protegida.

Firma del paciente o guardián

Fecha