

# INFORMACION DEL PACIENTE

Molestias aplicables en su caso

## Problemas de Salud:

- |                                           |                                               |                                           |                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polio            | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales | <input type="checkbox"/> Mucho estrés     | <input type="checkbox"/> Desordenes genéticos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer           | <input type="checkbox"/> Peso muy bajo        | <input type="checkbox"/> Nerviosismo      | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Peso muy alto        | <input type="checkbox"/> Insomnia         | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos     |
| <input type="checkbox"/> SIDA             | <input type="checkbox"/> Se enferma mucho     | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica   |                                               |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia        | <input type="checkbox"/> Pulmones             | <input type="checkbox"/> Visión / Ojos    |                                               |
| <input type="checkbox"/> Corazón          | <input type="checkbox"/> Infecciones          | <input type="checkbox"/> Otro _____       |                                               |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos     | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |                                               |

## Toma o usa:

- Alcohol  Tabaco  Caféina  Pastillas:  para el dolor  para dormir  
 Anticonceptivos  Otras pastillas: \_\_\_\_\_  Ninguno de estos

## Músculos-Esqueleto

- Dolor de Cuello
- de Hombros / Brazos
- de Espalda Media
- de Espalda Baja
- Dolor de Caderas
- de Articulaciones

## Circulación-Respiración

- Dolor de pecho
- Pulmones / Respiración / Toz
- Presión sanguínea
- Ritmo cardíaco
- Circulación Pobre
- Ninguno de estos

## Ojos-Oídos-Nariz-Garganta

- Ojos / Visión
- Dental / Mandíbula
- Garganta / Voz
- Oídos / Oír
- Senos Nasales / Nariz
- Ninguno de estos

Problema/s tenidos en los últimos seis meses:

## Sistema Nervioso

- Dolores de Cabeza
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Músculos Debiles
- Mareos
- Se Olvida cosas
- Depresión
- Desmayos
- Tiembla / estremece
- Manos / Pies frios
- Reacciones por estrés
- Ninguno de estos

## Digestión-Eliminación

- Appetito Pobre
- Sed Excesiva
- Nausea
- Diarrea
- Constipación
- Hemorroides
- Perdida / Aumento de Peso
- "Agrieras" / Ardor de estómago
- Cambio en sus heces fecales
- Ninguno de estos

## Urinario -Genital

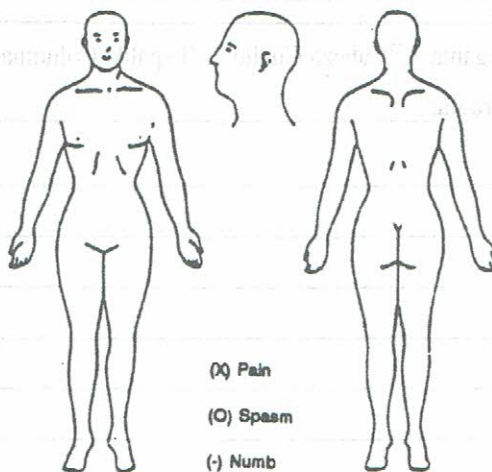
- Dolor al Orinar
- Orina infrecuentemente
- Orina Frecuentemente
- Flujo Débil
- Problemas genitales
- Contról de la vejiga
- Ninguno de estos

## Mujeres Solamente

- Sera posible que esté embarazada?  Sí  No
- Problemas Menstruales
  - Nódulos en el/los senos
  - Dolor de la espalda c regla
  - Implantes en seno/s

**Favor señalar la zona afectada:**

Dolor "X"  
Espasmo "O"  
Entumecido "-"



*Comprendo que mi atención en esta oficina requiere de decisiones basadas en los hechos conocidos por el doctor, por lo tanto, la información anterior es verídica y completa a mi conocer. Autorizo al doctor rendirme el tratamiento Quiropráctico (y/o utilizar modalidades fisio-terapeúticas) para tratarme, así como permiso para utilizar cualesquier testimonio escrito o grabado que guste compartir con él.*

Firma del paciente o Guardián Legal v Fecha

# CLINICA QUIROPRACTICA GENESIS

Sea Bienvenido! Por favor tómese unos momentos para compartir algunos detalles de su vida y de su salud con nosotros. Si no entendiese alguna pregunta, por favor pregúntenos!

## Su Información Personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: m \_\_\_ /d \_\_\_ /20\_\_\_  
 Hombre  Mujer Edad: \_\_\_\_\_ Cuando Nació? mes \_\_\_ /día \_\_\_ /año 19\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Dir. electrónica: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Tel. Celular (\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_ Recibe Textos? Si / No Tel. Casa: (\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo q hace: \_\_\_\_\_  
Cónyuge o Pareja: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_  
Nombres de Hijos/Hijas y edades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
A quién (o que medio) debemos agradecer por su visita? \_\_\_\_\_

## Su preocupación de salud en este momento

Razón principal para la visita: \_\_\_\_\_  NA (Bienestar)  
Marque el grado de severidad de su problema: (Leve)          (Severo)  Ninguna  
¿Desde cuándo tiene este problema? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido esto antes?  Si  Nunca  NA  
Es relacionado a:  El trabajo  Accidente de Auto  Caída  Otra: \_\_\_\_\_  
Otros doctores visitados por este problema: \_\_\_\_\_  
Opiniones o diagnósticos de otros doctores: \_\_\_\_\_  
Problemas secundarios u otros problemas de salud: \_\_\_\_\_  
Medicaciones que esta tomando:  Pastillas para dolor  Relajantes musculares  Tranquilizantes  
 Anticonceptivos  Medicinas para la presión  Antibióticos  Otras:  
(Describe) \_\_\_\_\_  Ninguna

## Su historia de salud

Cirugías previas:  Ojos / Oídos / Nariz / Garganta  Cabeza/Cuello  Espalda/Columna  Abdomen  
 Pecho / Corazon / Pulmones  Otra cirugía: \_\_\_\_\_  Ninguna  
Fracturas previas o huesos rotos:  Si: \_\_\_\_\_  No  
Caídas o accidentes previos:  Si: \_\_\_\_\_  No  
Hospitalizaciones previas:  Si: \_\_\_\_\_  No  
Cuidado Quiropráctico previo:  Si: \_\_\_\_\_  No  
Problemas similares en familia:  Si: \_\_\_\_\_  No  
Prob. similares en compañeros:  Si: \_\_\_\_\_  No  
¿Hace usted ejercicio? Cuanto?  Si: \_\_\_\_\_  No

por favor complete el otro lado