

REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____
SS/HIC/ID Paciente _____
Nombre del Paciente _____
Apellido _____
Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Domicilio _____
Correo electrónico _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Sexo M F Edad _____
Fecha de nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Menor
 Separado Divorciado En pareja durante _____ años
Empleador/Escuela del paciente _____
Ocupación _____
Domicilio del empleador/escuela _____
Teléfono del empleador/escuela (____) _____
Nombre del cónyuge _____
Fecha de nacimiento _____
SS# _____
Empleador del cónyuge _____
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____
Relación con el paciente _____
Compañía de seguros _____
Grupo # _____
¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No
Nombre del suscriptor _____
Fecha de nacimiento _____ SS# _____
Relación con el paciente _____
Compañía de seguros _____
Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mi por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

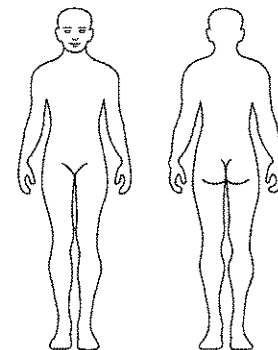
Celular (____) _____ Teléfono del Hogar (____) _____
Mejor momento y lugar para contactarlo _____
EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON
Nombre _____ Relación _____
Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? Sí No Fecha _____
Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro
¿Ante quién presentó un reporte del accidente?
 Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro
Nombre del abogado (si corresponde) _____

5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____
¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____
¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe
Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.
Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante
 Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro
¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____
¿Es constante o viene y se va? _____
¿Interfiere con su trabajo sueño rutina diaria recreación
Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar Sentarse Pararse Caminar Inclinarsse Acostarse



6

HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EJERCICIO

- Ninguno
 Moderado
 Diariamente
 Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
 Permanecer parado
 Trabajo liviano
 Trabajo intenso

HÁBITOS

- Fumar Paquetes por día _____
 Alcohol Tragos por semana _____
 Café/bebidas con cafeína Tazas por día _____
 Alto nivel de estrés Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

7

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nombre de la farmacia _____	_____	_____
Teléfono de la farmacia (_____) _____	_____	_____