

SPENCER FAMILY CHIROPRACTIC

HISTORIA DE SALUD PERSONAL BIENVENIDO A NUESTRO FAMILIA

Fecha _____
Nombre _____ Paciente # _____
Domicilio Fijo _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____
Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____
Estado Civil S C D V
Nombre de esposa(a) _____ Edad de esposo(a) _____
Nombre y edad de hijos _____

Nombre de empleador _____ Ocupacion _____
Pasatiempos _____
Quien le referio? _____

Nombre de Chiropractors Anteriores _____
Fecha de ultima visita _____

Por quanto tiempo recibio ajustamientos _____

Razon de su visita _____

Cuales accidentes a tenido (ejemplo-bicicleta, auto, motorcyclata, deportes, resbalones/caidas)
en el trabajo o en casa (inclue fechas) _____

E estado noqueado por un golpe _____
Cuales fracturas y huesos quebrados a tenido (inclue fechas) _____

CIRUGIA:

Cuales cirugias mayores a tenedo (inclue fechas) _____

Cuales Cirugias menores a tenedo (anginos, apendicitis, quiste/verruqa eliminaciones,
extraccion de muelas) _____

MEDICACION:

Medicamentos de receta (Presente)	Medicamentos de receta (Anteriores)	Medicinas sin receta (aspirinas, pastillas para resfrios, Alimbar de tos, laxativos, etc.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TERAPIA:

Estas debajo de terapia al presente?(que tipo) _____

Cual tipo de terapia a tenido anteriormente (radiacion, chemo, fisiologico, electrologia,
etc.(inclue fechas) _____

NACIMIENTO:

Tipo de nacimiento (vaginal, cesarean, etc.) _____

Algunas complicaciones durante el embarazo de su madre, a durante su nacimiento? _____

Complicaciones despues de su nacimiento? _____

SANIDAD CORRIENTE:

Como describe su sanidad ahora? _____

Como describe la sanidad de su familia? _____

Describe su: Vista _____ Oido _____ Coordinacion _____

Se usa: Tabaco _____ Alcohol _____ Cafe/te _____ Cola _____ Leche _____

Que es el nivel de presion en su vida? benigno ____ mediano ____ extremo ____ 1 2 3 4
5 6 7 8 9 10

Haces compras de: agua embotellada: () No () Si

Vitaminas () No () Si Comidas y productos de sanidad (organicas, etc.) () No () Si

INFORMACION MONETARIO:

Quin es responsable para la cuenta? _____

Que tipo de pago se usa? Seguro, efectivo, cheque, tarjeta de credito? _____

Nombre de la compania de seguros _____

Numero de Poliza _____

DENOTA CUALES LE A DADO DIFICULTADE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza 784.0 | <input type="checkbox"/> desmayos 780.2 | <input type="checkbox"/> corto de respiracion | <input type="checkbox"/> entumecido de piernas/pias 782 |
| <input type="checkbox"/> dolores punzadas de cabeza 784.0 | <input type="checkbox"/> equilibrio 781.2 | <input type="checkbox"/> dolor de espalda 724.1 | <input type="checkbox"/> constipacion 564.0 |
| <input type="checkbox"/> sinusitis 473.9 | <input type="checkbox"/> ruido de oidos 388.3 | <input type="checkbox"/> ataque de corazon 410.9 | <input type="checkbox"/> desorden de renion 593.9 |
| <input type="checkbox"/> perdida de sentido de olfato 781.1 | <input type="checkbox"/> vista borrosa 368.0 | <input type="checkbox"/> baja presion 458.9 | <input type="checkbox"/> colombres menstrales |
| <input type="checkbox"/> alergia 995.3 | <input type="checkbox"/> luz molesta la vista 368.13 | <input type="checkbox"/> alta presion 401.9 | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> enfermedad catarral | <input type="checkbox"/> dolor de cuello 723.1 | <input type="checkbox"/> anemia 285.9 | <input type="checkbox"/> problemas en dormer |
| <input type="checkbox"/> asma 493.9 | <input type="checkbox"/> torticolis de cuello 781 | <input type="checkbox"/> desorden de estomago 789 | <input type="checkbox"/> coyunturas dolorosas |
| <input type="checkbox"/> perdida de sabor 781.1 | <input type="checkbox"/> rechinamiento de cuello 719.4 | <input type="checkbox"/> indigestion 536.8 | <input type="checkbox"/> coyunturas hinchados |
| <input type="checkbox"/> inflamacion de garganta 462 | <input type="checkbox"/> apretados de hombro/brazo 728.85 | <input type="checkbox"/> gas intestinal 787.3 | <input type="checkbox"/> dolores punzades en los piernas/pias |
| <input type="checkbox"/> tiroideo 246.9 | <input type="checkbox"/> dolores de homro/brazos 719.4 | <input type="checkbox"/> dolor de cintura 724.2 | <input type="checkbox"/> tobillos inchados |
| <input type="checkbox"/> tiron de cachete 781.0 | <input type="checkbox"/> punzadas de brazo 782 | <input type="checkbox"/> hernia 550.1 | <input type="checkbox"/> pies frios |
| <input type="checkbox"/> perdida de memoria | <input type="checkbox"/> punzadas de mano 782 | <input type="checkbox"/> embolio 436.0 | <input type="checkbox"/> dolores de pierna/pias |
| <input type="checkbox"/> cansancio 780.7 | <input type="checkbox"/> manos frias | <input type="checkbox"/> artritis 716.96 | <input type="checkbox"/> dolores de la codera |
| <input type="checkbox"/> depresion 311.0 | <input type="checkbox"/> entumecido en mano/brazos | <input type="checkbox"/> los ataques | <input type="checkbox"/> dolor de la cara |
| <input type="checkbox"/> vertigos 780.4 | <input type="checkbox"/> tonsilitis | <input type="checkbox"/> nervios/nervisidad 799.2 | <input type="checkbox"/> dolor de la quijada |
| <input type="checkbox"/> curvatura de spino dorsal 737.43 | <input type="checkbox"/> prostata apuro | <input type="checkbox"/> Tension interior 799.2 | <input type="checkbox"/> ulceras |
| <input type="checkbox"/> dolor de pecho 786.5 | <input type="checkbox"/> orinacion de cama 788.3 | <input type="checkbox"/> irritabilidad 799.2 | |
| <input type="checkbox"/> dolor de oido | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> desorden de hiel 575.9 | |