

# HISTORIAL CONFIDENCIAL DE SALUD DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre, Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ # De Casa: \_\_\_\_\_ # De Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Genero: Masculino / Femenino Estado Civil : Casado(a) / Soltero(a) / Otro(a)

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

A quien le damos las gracias por referirlo(a) a nuestra oficina ?: \_\_\_\_\_

Etnicidad: No Hispano o Latino / Hispano o Latino / Otro / Rechazo a contestar

Raza: Asiático/ Afro Americano/ Indio Americano o Nativo de Alaska / Blanco(Caucásico) / Nativo de Hawaii o Isleño pacífico/ Otro / Rechazo a contestar

Estado de Fumar: Diario / Unos días / Ya no fumo / Nunca

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre, Apellido: \_\_\_\_\_ # De Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion: Hijo(a) / Esposo(a) / Otro(a)

Nombre de Quiropractico previo: \_\_\_\_\_ Fecha de Ultimo Ajuste: \_\_\_\_\_

Medico de Atencion Primaria: \_\_\_\_\_ # De Telefono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN FINANCIERA: Favor de permitir que nuestro personal saque fotocopia de su tarjeta de seguridad

La ley del estado de Tejas requiere que le informemos por escrito sus cargos por cada visita. Por favor ponga sus iniciales debajo indicando su elección para recibir su recibo en papel indicando sus cargos por cada visita.

\_\_\_\_\_ **Si**, Yo quisiera recibir una copia del recibo al final de cada visita. Yo entiendo que es mi responsabilidad hacer esta solicitud al final de mi visita.

\_\_\_\_\_ **No**, Yo no deseo recibir un recibo impreso de mis visitas. Yo entiendo que puedo solicitar cualquier recibo de mis visitas de en cualquier momento en el futuro.

Lista de todos los medicamentos, incluyendo la dosificación y frecuencia (ejemplo; 5 mg una vez al día). Si tiene una lista nos permite tomar una copia de ella ?

---

---

---

---

---

INFORMACIÓN DE CONDICIÓN ACTUAL :

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

Describa su queja/dolor mayor: \_\_\_\_\_

Describa cómo empezó: \_\_\_\_\_

Grado de Intensidad / Queja Severa : Ninguna (0) Leve (1-2) Leve-Moderado (2-4) Moderado (4-6)  
Moderado-Severo (6-8) Severo (8-10)

El dolor/queja se siente : Agudo / Piquetes / Ardor / Adormecido / Rígido y Adolorido / Otro: \_\_\_\_\_

Qué tan frecuente es el dolor ? Viene y Va / Constante

El dolor radica a otra parte del cuerpo ? Si/No Describa: \_\_\_\_\_

Cabeza - Base del cráneo / Frente / Lados Izquierda / Derecha / Ambos

Pierna- Cadera / Muslo - Rodilla/ Pies Izquierda / Derecha / Ambos

Hombros - Sobre los hombros / Manos-dedos Izquierda / Derecha / Ambos

Algo que mejore el dolor/queja : Hielo / Calor / Reposo / Movimiento / Estiramiento / Medicamento sobre el mostrador / Otro: \_\_\_\_\_

Algo que empeore el dolor/queja: Sentarse / Pararse / Caminar / Acostarse

Dormir / Sobre Uso / Otro : \_\_\_\_\_

Cómo le afecta el dolor en sus actividades diarias. Describa: \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento previo para su condición ? Si/No En donde ? : \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugías para su condición ?

Medicamentos/Recetas Médicas : \_\_\_\_\_

Rayos- X , MRI, CT, Otro: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR:

**Enfermedad del Corazón** : Madre / Padre / Hermano(a) / Abuela Materna/ Abuelo Materno / Abuela Paterna / Abuelo Paterno

**Derrame Cerebral**: Madre / Padre / Hermano(a) / Abuela Materna/ Abuelo Materno / Abuela Paterna / Abuelo Paterno

**Cancer**: Madre / Padre / Hermano(a) / Abuela Materna/ Abuelo Materno / Abuela Paterna / Abuelo Paterno

Tipo de Cancer: \_\_\_\_\_

Otra historia de salud familiar que sea relevante: \_\_\_\_\_

Es Alérgico a cualquier medicamento ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías Previas- Fecha, Tipo, y Razon : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lesiones y traumas mayores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalización - fecha y razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estilo de vida :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habitos

Cigarillos : (#al dia) \_\_\_\_\_

Alcohol: Cantidad al dia: \_\_\_\_\_

Cafe/Te: (Cantidad al dia): \_\_\_\_\_

Drogas Recreativas: \_\_\_\_\_

Vitaminas y Suplementos:

Índice de Calificación Funcional

En qué grado describiría las próximas condiciones ... favor de circular el grado cual describa su condición actual.

**1. Intensidad de dolor**

- (0) Ningun dolor
- (1) Dolor Leve
- (2) Dolor Moderado
- (3) Dolor Severo
- (4) Peor Dolor Posible

**2. Al Dormir**

- (0) Duermo Perfecto
- (1) Se me dificulta dormir poquito
- (2) Duermo con dificultad moderada
- (3) No duermo más o menos
- (4) No puedo dormir para nada

**3. Cuidado Personal (banarse, vestirse, etc.)**

- (0) Ningun Dolor; no restricciones
- (1) Dolor leve; no restricciones
- (2) Dolor moderado; necesito ir lento
- (3) Dolor moderado; necesito asistencia
- (4) Pero dolor; necesito asistencia a todo tiempo

**4. Viajar**

- (0) Ningún dolor en viajes largos
- (1) Dolor leve en viajes largos
- (2) Dolor moderado en viajes largos
- (3) Dolor moderado en viajes cortos
- (4) Dolor intenso en viajes cortos

**5. Trabajo**

- (0) Puedo trabajar sin ningún problema
- (1) Puedo hacer mi trabajo usual pero no de mas
- (2) Puedo hacer solo el 50% de mi trabajo diario
- (3) Puedo hacer solo el 25% de mi trabajo diario
- (4) No puedo trabajar

**6. Recreacion**

- (0) Puedo hacer cualquier actividad
- (1) Puedo hacer la mayoría de mis actividades normales
- (2) Puedo hacer solo unas de mis actividades normales
- (3) Puedo hacer solo selectas actividades normales
- (4) No puedo hacer ninguna de mis actividades normales

**7. Frecuencia de mi dolor**

- (0) Ningun dolor
- (1) Dolor ocasional 25% del dia
- (2) Dolor intermitente 50% del dia
- (3) Dolor Frecuente 75% del dia
- (4) Dolor constante todo el dia

**8. Al Levantar**

- (0) Ningún dolor al levantar pesado
- (1) El dolor aumenta al levantar pesado
- (2) El dolor aumenta al levantar peso moderado
- (3) El dolor aumenta al levantar algo leve
- (4) El dolor aumenta al levantar cualquier peso

**9. Al Caminar**

- (0) Ninguna dolor a cualquier distancia
- (1) Aumenta el dolor despues de 1 milla
- (2) Aumenta el dolor después de ½ milla
- (3) Aumenta el dolor después de ¼ de milla
- (4) Aumenta el dolor al caminar

**10. Estar Parado(a)**

- (0) Ningún dolor después de horas
- (1) Aumenta el dolor después de varias horas
- (2) Aumenta el dolor después de una hora
- (3) Aumenta el dolor después de ½ hora
- (4) Aumenta el dolor al estar parado(a)

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only / Para uso de personal solamente**

Total Score: \_\_\_\_\_ /40

Actualmente está experimentando alguno de estos síntomas ?

**General :**

- Cambio reciente de peso
- Fiebre
- Fatiga

**Musculoesqueletico:**

- Ninguno en esta categoria
- Dolor Lumbar
- Dolor de espalda media

- Dolor de cuello
- Problemas en los hombros
- Problemas en las piernas/ los pies

- Articulaciones dolorosas
- Músculos rígidos/hinchados
- Espasmos musculares/calambres
- Huesos rotos
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Neurologico:**

- Entumecimiento o sensación de hormigueo
- Pérdida de sensación/tiento
- Mareos
- Dolor de cabeza frecuente
- Convulsiones
- Temblores
- Derrame Cerebral
- Ha tenido lesión en la cabeza ?
- Ha estado en una accidente automovilístico?
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Mente/Estres:**

- Nerviosismo
- Depresion
- Problemas al dormir
- Falta de memoria o confusion
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Genitouriano:**

- Dificultad sexual
- Calculo Renal(Piedras en el riñón)
- Dolor/Ardor a usar el baño
- Cambios al usar el baño
- Viajes frecuentes al baño
- Incontinencia

- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Gastrointestinal:**

- Falta de apetito
- Sangre en el desecho
- Cambio en el movimiento intestinal
- Movimiento intestinal doloroso
- Nauseas o Vomito
- Dolor abdominal
- Diarrea frecuente
- Estreñimiento
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Cardiovascular y Corazon :**

- Dolor en el pecho
- Cambios rítmicos del corazón
- Presion baja/alta
- Hinchazón en las manos, pies y tobillos
- Problemas del corazón
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Ojos y Visión:**

- Uso lentes de contacto/lentes
- Vista borrosa/ Doble vision
- Glaucoma
- Enfermedad o lesión en los ojos
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Oidos, Nariz, y Garganta:**

- Sangre en las encías
- Mail aliento
- Problemas dentales
- Cambio de voz o hinchazón en la garganta
- Glándulas hinchadas
- Zumbido en el oído
- Dolor o drenaje en el oído
- Alergias
- Sangrado en la nariz
- Pérdida de audición
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Endocrino, Hematologico, y Linfatico:**

- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Sed excesiva
- Extremidades frias
- Intolerancia a la calor o frio
- Cambio de talla en gorra o guantes
- Piel reseca
- Problemas hormonales o glandulares
- Glándulas hinchadas
- Anemia
- Sangra o se moretea facilmente
- Phlebitis
- Transfucion
- Desorden del sistema inmunológico
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Piel Y Pecho:**

- Ronchas y picazon
- Cambio de color de piel
- Cambio en las uñas y pelo
- Llagas que no sanan
- Cambio de apariencia de un lunar
- Dolor en los senos
- Bulto en los senos
- Descarga de flujo en los senos
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Solamente Mujeres:**

- Está embarazada ?
- Si; fecha de alivio : \_\_\_\_\_
- Fecha de Última Menstruación : \_\_\_\_\_
- Infertil
- Menstruación irregular o dolorosas
- Descargo de flujo vaginal
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría
- Embarazos con resultados y fecha: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Hay alguna otra cosa que usted quisiera que el doctor sepa ? : \_\_\_\_\_

He leído la información previa y afirmo que es cierto y correcto. Autorizo que esta oficina me provenga con cuidado quiropráctico, pruebas de diagnóstico, y/o servicios terapéuticos, de acuerdo con los estatutos de este estado. Yo rechazo a aceptar el recibo de mi historial clínico después de cada visita. (Los historiales a menudo están en blanco a resultado de la frecuencia del cuidado quiropráctico.)

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_