

Oficina de la Dra. Elena Esparza, D.C.
Información Confidencial de Paciente

Nombre _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Gender M or F Estado civil _____ # Hijos _____

Domicilio _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono móvil _____ Email _____

Profesión _____ Nombre de Empresa, Ciudad _____ Teléfono de trabajo _____

Cónyuge o Nombre del Guardián _____ Ocupación _____ Nombre de la empresa, Ciudad _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

¿Tiene seguro de salud? Sí No Empresa _____ ID# or SS# _____

En caso afirmativo, por favor presente su tarjeta(s) a la gerente de la oficina para su procesamiento.

HISTORIA DE SALUD PERSONAL - A continuación se enumeran una serie de condiciones que los pacientes pueden experimentar. Por favor, lea la lista y marque la casilla junto a cada condición que se aplica a usted.

GENERAL CURRENT CONDITIONS

- Accidente reciente**, como una caída , el latigazo cervical , o golpe en la cabeza
- Los espasmos musculares
- El entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies o dolor que se irradia
- Los dolores de cabeza
- Las migrañas
- Depresión
- Ansiedad
- Mareo
- Problema de visión
- Náusea
- Restricción de movimientos
- Problemas para dormir
- Asma o respiración problema
- Hipertensión
- Problema de audición
- Convulsiones / epilepsia
- La acidez / reflujo ácido
- Problemas digestivos
- Problemas menstruales
- Los problemas del seno
- Dificultad con el estrés
- Trastorno de la médula
- Hombro , brazo o mano problema
- problema del pie, cadera, pierna
- Mandíbula problema / boca
- Estreñimiento

SITUACIONES DIAGNOSTICADAS

- Nacido con hueso o trastorno de la articulación
- La artritis degenerativa
- La artritis reumatoide
- Fractura por compresión
- Los ataques al corazón o trastorno del corazón
- Antecedentes de accidente cerebrovascular o aneurisma
- Cáncer
- Diabetes
- Gota
- Lupus
- La espondilitis anquilosante
- Tratamiento inmunológico- Supresión o trastorno de la quimioterapia, trasplante de órganos, drogas , etc.
- 3 o más meses de medicamentos con esteroides o drogas por vía parenteral (pasados o presentes)
- Tuberculosis
- Hepatitis B o infección por VIH
- La esclerosis múltiple
- Trastorno de la tiroides o de la hormona

OTHER CONDITIONS

- Bebo alcohol _____
- Fumo _____
- _____
- _____

DOLOR ESPECÍFICO EN EL CUERPO

- El dolor de cuello con dificultad para pasar comida o bebida
- Rigidez extremo en el cuello con dolor o choques eléctricos en los brazos o las piernas cuando se mueve el cuello
- Dolor en la pierna que empeora con el ejercicio
- El entumecimiento de los muslos internos
- El dolor de espalda con problemas urinarios
- Dolor severo que interrumpe el sueño
- Dolor constante que no mejora al cambiar de posición o al acostarse

CONDICIONES ACTUALES ESPECÍFICAS

- Pobre equilibrio caminando o de pie
- Borrosa o visión doble , mareos , náuseas o desmayos cuando el cuello está en ciertas posiciones
- La pérdida de memoria después de una lesión
- Pérdida de peso inexplicable reciente
- Debilidad muscular progresiva reciente o sacudiendo
- Fiebre reciente/actual de más de 102°F
- Perdida de control de intestino/vajiga

B/M / día _____ Fruta _____

H2O/ día _____ Proteína _____

Veggies _____ Aceites _____

(Información Confidencial del Paciente, Continuación)

Nombre: _____

Fecha: _____

Dibujo de Dolor
 Marque con una pluma las áreas donde siente dolor.

DESCRIBA BREVEMENTE SUS PROBLEMAS DE SALUD

- ¿Cuándo empezó ? _____
- ¿Qué lo causó ? _____
- ¿Qué lo hace mejor? _____
- ¿Qué lo hace peor? _____
- ¿Qué porcentaje de cada día qué momento le molesta ? (Marque uno)
 0 % 25 % 50 % 75 % 100 %
- ¿Qué le gustaría hacer pero no puede debido a el dolor ?

Liste otros profesionales de la salud que usted ha visto para esta condición.

Por favor, marque en la línea, el nivel de dolor que representa más exactamente su dolor para cada zona del cuerpo :

Ahorita: Sin Dolor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Inaguantable

HISTORIA FAMILIAR (Círcule) problemas de la columna trastornos autoinmunes Corazón Diabetes

Artritis Cáncer de riñón Convulsiones Enfermedad mental Otra: _____

Última conocida : Altura _____ Peso _____ ¿Está embarazada ? Sí No Fecha del último período _____

Describe cualquier cirugías u hospitalizaciones que ha tenido y las fechas _____

Los medicamentos actuales / Suplementos : _____

Médico Personal _____ Teléfono _____

¿Cómo calificaría su dieta ? _____ ¿Qué tipo de ejercicio hace usted semanal? _____

¿Qué se hace para eliminar el estrés mental ? _____

¿Siente que tiene una muy buena comprensión de lo que la quiropráctica es y cómo tratamos? Sí Quizas No

¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un médico?

No Sí -Describe: _____

¿Cuál es su meta o cualquier intención que le gustaría ver que suceda para usted en esta visita ?
