INFORMACION DEL PACIENTE

Molestias aplicables en su caso

Problemas de Salúd: (Lea cada columna, si no sufre de ninguno, marque asi: "☑ Ninguno de estos")

□Cáncer	□ Peso muy alto / bajo	□ Mucho estrés	□ Problemas genéticos
□ Diabetes	□ Problemas Hormonales	□ Insomnia	□ Problemas de Riñones
□ SIDA	□ Se enferma mucho	□ Fatiga crónica	□ Ningun de estos
□ Epilepsia	□ Infecciones	□ Otro_____	
□ Ninguno de estos	□ Ninguno de estos	□ Ninguno de estos	

Toma o usa:

□ Alcohol □ Tabaco □ Caféina □ Pastillas: □ para el dolor □ para dormir
□ Anticonceptivos □ Otras pastillas:
_____ □ Ninguno de estos

Músculo-Esqueletales	**Ciruculación-Respiración**	**Ojos-Oídos-Nariz-Garganta**
□ Dolor de Cuello	□ Corazón / Presión sanguínea	□ Ojos / Visión
□ de Hombros / Brazos	□ Pulmones / Respiración	□ Dentál / Mandíbula
□ de Espalda Media	□ Ritmo cardíaco	□ Garganta / Voz
□ de Espalda Baja	□ Circulación pobre	□ Oídos / Oir
□ Dolor de Caderas	□ Desmayos	□ Senos Nasales / Naríz
□ de Articulaciones	□ Ninguno de estos	□ Ninguno de estos

Problema/s tenidos en los últimos seis meses:

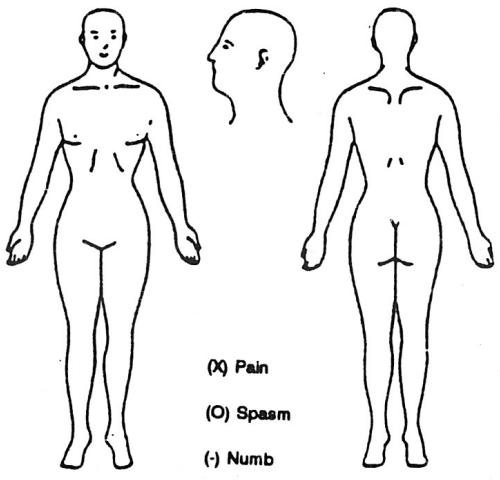
Sistema Nervioso	**Digestión-Eliminación**	**Urinario-Genital**
□ Dolores de Cabeza	□ Appetito Pobre	□ Dolor al Orinar
□ Mareos	□ Sed Excesiva	□ Orina con poca o excesiva frecuencia
□ Músculos Debiles	□ Diarrhea	□ Flujo Débil
□ Entumecimiento	□ Constipación	□ Problemas genitales
□ Se Olvida cosas	□ Hemorrhoides	□ Contról de la vejiga
□ Depresión	□ Pérdida / Aumento de Peso	□ Ninguno de estos
□ Desmayos	□ Nausea	
□ Temblores	□ Cambio en sus heces fecales	
□ Manos / Pies frios	□ Ninguno de estos	
□ Reacciones por estrés		
□ Ninguno de estos		

Mujeres Solamente

¿Será posible que esté embarazada? □ Sí □ No
□ Problemas Menstruales □ Nódulos en el/los senos
□ Dolor de espalda con regla □ Implantes en seno/s

Zonas Afectadas:

OFICINA:
PrSa:_____/____
Lat Co:_____
Resp:_____
Temp:_____
Dormir:_____
Esta:_____
Peso:_____
IMC:_____
Otro:



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-terapéuticas) para tratarme, asi como permiso para utilizar cualesquier testimonio escrito o grabado que guste compartir con él.

_____
Firma del Paciente (o Guardián Legal) y Fecha

GENESIS NP P2 V3 50PC GRAY

CLINICA QUIROPRACTICA GENESIS

Sea Bienvenido/a! Por favor comparta algunos detalles de su salúd y vida con nosotros.
En algunas preguntas es necesario marcar asi: "☑"
Si no entendiese alguna pregunta, por favor pregúntenos!

Información de Contacto

Nombre:_____Fecha de hoy: mes____/dia____/20____

☐ Hombre ☐ Mujer Edad:_____ Cuando Nació? mes_____/dia_____/año 19____

Dirección:_____ Ciudad:_____

Estado:____ Código Postál:_____ Dir. electrónica:_____@_____

Tel. Celular (_____)-_____ Recibe Textos? ☐ Si ☐ No Otro Tel? (_____)-_____

Trabajo que hace:_____ Empresa:_____

Cónyuge o Pareja:_____ Tel: (_____)-_____

Hijos/Hijas y edades: _____

A quién (o que medio) debemos agradecer por su visita?_____

Su preocupación de salúd en este momento

Razón principal por su visita:_____ ☐ Vengo solo por 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 ☐Caida ☐Otra:_____

Opiniones o diagnósticos de otros doctores:_____

Medicaciones que esta tomando: ☐ Pastillas para dolor ☐ Relajantes musculares ☐ Tranquilizantes

☐ Anticonceptivos ☐ Medicinas para la presión ☐ Antibióticos ☐ Otras: (Favor Escriba abajo) ☐ Ninguna

Otras:_____

Cirugias previas: ☐Cabeza / Cuello ☐Espalda/Columna ☐Abdomen ☐ Pecho / Corazón / Pulmones

☐ Ojos / Oídos / Nariz / Garganta ☐ Otra cirugia:_____ ☐ Ninguna

Su historia de salúd

Si su respuesta es "☑ Si", por favor describa un poco del tema. Si "No", simplemente marque el **"☑** No".

Caídas o accidentes previos: ☐ Si:_____ ☐ No

Huesos Rotos o Facturas previas ☐ Si:_____ ☐ No

Hospitalizaciones previas: ☐ Si:_____ ☐ No

¿Hace usted ejercicio? Cuanto? ☐ Si:_____ ☐ No

Atención Quiropráctica antes? ☐ Si:_____ ☐ No

Prob. similares en compañeros: ☐ Si:_____ ☐ No

NP GENESIS SP P1 GRAY 40PC

por favor complete el otro lado

This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.