

FECHA	# I.D.
-------	--------

HISTORIAL PERSONAL

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número Licencia de conducir: \_\_\_\_\_  
 Seleccione uno: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado  
 # telefónico del empleador: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_ # Seguro Social de cónyuge: \_\_\_\_\_  
 Empleo de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Seguro Social de cónyuge: \_\_\_\_\_  
 Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ # teléfono del empleo: \_\_\_\_\_  
 Quién le habló de esta oficina: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre y número del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ ¿Qué relación tiene con usted?: \_\_\_\_\_  
 ¿Quién es responsable de su factura, usted y  Cónyuge  Worker's Comp.  Seguro de auto  Medicare  Medicaid  
 Plan Médico Personal (Nombre de) \_\_\_\_\_  # de tarjeta del plan médico \_\_\_\_\_

CONDICIONES ACTUALES DE SALUD

Razón por esta visita: \_\_\_\_\_  
 Otros doctores que le hayan visto por dicha condición:  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_ ¿Ha ocurrido anteriormente esta condición?  Sí  No  
 ¿Es la condición relacionada con: (seleccione uno)  el empleo  accidente de auto  herida en el hogar  
 caída  Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha hecho un informe de su accidente con su empleador?:  Sí  No  
 Medicamento que toma:  Píldoras para los nervios  Píldoras para el dolor/relajar músculos  Medicina para la presión de sangre  
 Insulina  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Usa una plataforma para los zapatos?  Sí  No  
 ¿Padece alguna otra condición aparte de la que usted nos está consultando? \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE SALUD DEL PASADO

Sírvase seleccionar y describir:  
 Intervenciones quirúrgicas:  Apendicitis  Amígdalas  Vesícula  Hernia  Cirugía de espalda  Huesos rotos  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Accidentes grandes o caídas: \_\_\_\_\_  
 Hospitalizado (aparte de lo mencionado): \_\_\_\_\_  
 Cuidado quiroprácticos previos:  Ninguno  Nombre del doctor y fecha aproximada de última visita \_\_\_\_\_

A continuación aparece una lista de enfermedades que, aunque parezcan no relacionadas con su cita, de todos modos se deben contestar cuidadosamente ya que estos problemas pueden afectar el cuidado quiropráctico en general.

**SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE USTED HAYA TENIDO:**

- |   |   |  |               |  |
|---|---|--|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neumonía         | <input type="checkbox"/> Paperas              | <input type="checkbox"/> Influenza           | <b>INTAKE</b> |  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> "Small Pox"          | <input type="checkbox"/> "Pleurisy"          |               | <input type="checkbox"/> Café          |
| <input type="checkbox"/> Polio            | <input type="checkbox"/> Varicela             | <input type="checkbox"/> Artritis            |               | <input type="checkbox"/> Té            |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis     | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Epilepsia           |               | <input type="checkbox"/> Alcohol       |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina       | <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales |               | <input type="checkbox"/> Cigarrillo    |
| <input type="checkbox"/> Anemia           | <input type="checkbox"/> Condición de corazón | <input type="checkbox"/> Eczema              |               | <input type="checkbox"/> Azúcar blanca |
| <input type="checkbox"/> Sarampión        | <input type="checkbox"/> Tiroide              | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda    |               |  |

¿Se ha hecho la prueba del SIDA?  Sí  No    ¿Toma vitaminas?  Sí  No    ¿Regularmente?  Sí  No

**SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE HA PADECIDO EN LOS PASADO 6 MESES:**

**CÓDIGO MUSCULAR ESQUELÉTICO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor espalda baja              | <input type="checkbox"/> Gases/Inflamación después de comer |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre los hombros         | <input type="checkbox"/> Acidez                             |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello                 | <input type="checkbox"/> Excremento oscuro o con sangre     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo                  | <input type="checkbox"/> Colitis                            |
| <input type="checkbox"/> Dolor en coyunturas/tieso       |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas al caminar            |   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad masticando/mandíbula |   |
| <input type="checkbox"/> Tieso                           |   |

**CÓDIGO GENTIO-URINARIO**

- Problemas de vejiga  
 Dolores al orinar o constante  
 Orina de colores extraños

**MUJERES SOLAMENTE:**

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?

---

¿Está embarazada?

- Sí     No     No segura

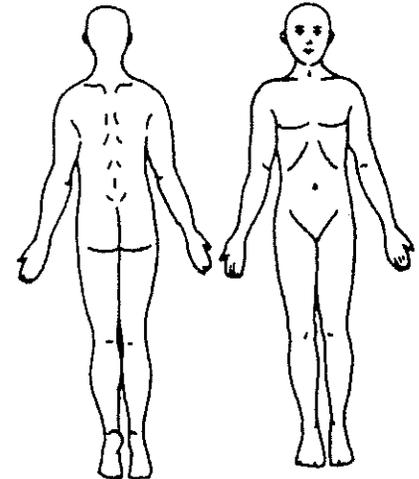
¿Está amamantando?     Sí     No

**CÓDIGO SISTEMA NERVIOSO**

- Nervioso  
 Adormecimiento  
 Paralysis  
 Mareos  
 Olvidadizo  
 Confusión/depresión  
 Desmayo  
 Convulsiones  
 Extremidades frías/hormigueo  
 Estrés

**CÓDIGO C-V-R**

- Dolor de pecho  
 Fatigado  
 Problemas de la presión sanguínea  
 Palpitaciones irregulares  
 Problemas del corazón  
 Pulmones/Congestión  
 Venas varicosas  
 Hinchazón en los tobillos  
 Apoplejía



Marque en el dibujo el área de su incomodidad

**CÓDIGO GENERAL**

- Fatiga  
 Alergia  
 Pérdida de sueño  
 Fiebre  
 Dolores de cabeza

**CÓDIGO EENT**

- Problemas de visión  
 Problemas dentales  
 Dolor de garganta  
 Dolor de oídos  
 Dificultad para escuchar  
 Nariz tapada

**CÓDIGO GASTROINTESTINAL**

- Apetito, poco or excesivo  
 Sed excesiva  
 Nauseas frecuentes  
 Vómito  
 Diarrea  
 Estreñimiento  
 Hemorroides  
 Problemas del hígado  
 Problemas de vesícula  
 Problemas de peso  
 Dolor abdominal

**HOMBRE/MUJER**

- Irregularidad menstrual  
 Dolores Menstruales  
 Dolor vaginal / infección  
 Dolor en los pechos / bultos  
 Próstata / disfunción sexual  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

Sírvase indicar problemas de salud que tengan los siguientes familiares:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Hermano: \_\_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA**

CHIROPRACTIC ANALYSIS  
 DIAGNOSIS:

Patient Accepted:  Yes     No     Referred

\_\_\_\_\_  
 Doctor's Signature

## INFORMACIÓN DE TRABAJO:

El tipo de trabajo que usted realiza incluye:  Oficina/clerical  Trabajo liviano  Trabajo moderado  Trabajo pesado

¿Ha podido trabajar desde que se lastimó?  Sí  No

¿Cuántos horas/días trabaja normalmente? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días

Mientras está recuperando, ¿existe algún trabajo liviano que podría solicitar?  Sí  No

Seleccione las tareas, actividades en las que a usted ocasionalmente se le pide que realice.  Levantar cosas

Estar de pie  Conducir un vehículo  Trabajar con equipo  Sentado  Torcerse  Brincar  Tregar

Caminar  Escribir a máquina  con los brazos extendidos  Gatear  Halar  Doblarse  Agacharse

Otro: \_\_\_\_\_

---

Yo autorizo al doctor Gittens a examinarme incluidos los rayos-x indicados por el examen y a acceder mi expediente a cualquiera que yo designe. Además autorizo tratamientos que sean necesarios por los resultados y solicito que mis expedientes quiroprácticos se guarden bajo estricta confidencialidad y no se den a nadie sin mi consentimiento por escrito. Yo entiendo y soy totalmente responsable de todos los cargos que mi plan médico no pague.

Por su firma usted certifica la exactitud de su historial médico y de accidentes y certifica que usted se ha presentado al doctor Gittens para evaluación y/o tratamiento para una condición de salud.

*Firma del paciente:* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN DE RAYOS-X:** Esto es para confirmar que esta oficina me ha informado que los rayos-x pueden ser peligrosos para un niño no nacido. En estos momentos, a mi conocimiento, no me encuentro embarazada y yo consiento las fotos espinográficas.

*Firmado:* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR:** Yo autorizo a esta oficina a que administren cuidado quiropráctico a mi niño según sea necesario.

*Firmado:* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**YO COMPRENDO** estoy de acuerdo que las pólizas de salud y de accidentes son un acuerdo entre la compañía y yo. Además comprendo que esta oficina quiropráctica pueda preparar cualesquiera reportes y formularios que sean necesarios para ayudarme a cobrar de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada que se pague directamente a esta oficina quiropráctica será acreditada a mi cuenta al recibirlo. Sin embargo, yo comprendo perfectamente y concuerdo que todos servicios me presten sean facturados directamente a mí y seré responsable de pagarla. También entiendo que si interrumpo o termino mi cuidado y tratamiento pagaré cualquier cargo por servicios profesionales que me presten.

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

*Firma del Padre of Encargado:* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

*Información tomado por:* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_