

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de tel. de Casa: _____ Telefono Celular: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Raza: _____ Estado Civil: C S V D Cuantos ninos? _____ Esposo/a: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Doctor Familiar: _____ Como fue referido/a a nuestra oficina: _____

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Historial Medico:

Ha tenido cuidados quiropracticos antes? No – Si En caso afirmativo, cuanto tiempo atras? _____

Ha sido tratado/a por su condicion actual? No – Si En caso afirmativo, Dr. _____

RM o Rayos X previa para la condicion actual? No – Si En caso afirmativo donde y cuando? _____

Ha tenido antes un hueso roto? No – Si En caso afirmativo, Por favor enumere _____

Alguna vez ha tenido un accidente grave? No – Si En caso afirmativo, de que tipos? _____

Alguna articulacion artificial o dispositivo electrico en su cuerpo? No – Si Esta embarazada? No – Si Incierto.

A su conocimiento, ha tenido algunas enfermedades, enfermedades importantes que no estas indicadas en esta forma? No – Si En caso afirmativo, por favor enumere y ano que le diagnosticaron: _____

Ha tenido alguna cirugia: No – Si En caso afirmativo, por favor enumeraras: _____

Esta tomando medicamentos para el dolor? No – Si En caso afirmativo, que y cada cuando? _____

Esta experimentando alguna de estas cosas? Perdida de peso inexplicable – Dolores severos en las noches – Fatiga constante – Mareos – Dificultad para pasar – Problemas con el Abla – Desmayos – Nauseas – Problemas para controlar la vejiga – vertigo – Disminucion de coordinacion – Debilidad muscular – Entumecimiento facial

Historial Familiar:

A su conocimiento, alguien de su familia cercana ha tenido alguna enfermedad mayor o enfermedades? No – Si En caso afirmativo, favor de anotar y dar fechas de diagnosticados: _____

Historial de Trabajo:

Hace cualquiera de lo siguiente en el trabajo actualmete?

Doblarse? No – Si Manejar? No – Si Sentarse? No – Si Pararse? No – Si

Caminar? No – Si Levantar? No – Si <10 libras <20 libras <50 libras >50 libras