



300 Ave. Felisa Rincón de Gautier Suite #9,
Las Vistas Shopping Village
San Juan, PR, 00926
Tel. 787.777.1171 / Fax 787.777.1172

Bienvenid@ a Elite Chiropractic & Wellness

Bienvenid@ a nuestra oficina. Queremos asegurarle que se le proporcionará la ayuda más adecuada y profesional posible para su salud. La información que recogemos en las próximas páginas es de suma importancia para poder evaluar sus síntomas, función de su columna, problemas de salud y metas de su salud en general y específico.

Por favor complete a continuación y dentro de su mejor habilidad posible, nuestras formas de su historial presente y pasado. De esta manera podremos llevarle al camino de salud deseado de la forma más rápida posible. Nuestro mejor deseo es poder tener una relación saludable con usted y sus familiares.

Fecha: _____

Nombre _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección Postal (dirección a donde le envían todo lo relacionado a su plan médico)

Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección Residencial _____

E-Mail: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono Casa: _____

Sexo: ___ Femenino ___ Masculino Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

___ Casad@ ___ Separad@ ___ Viud@ ___ Divorciado ___ Soltero ___ En Pareja de ___ Años

___ Menor de Edad

Método de Comunicación preferido: (Marque Los que Apliquen) Llamada ___ Email ___ Texto ___

Idioma preferido: _____

Nombre de Cónyugue: _____ Tel. _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Nosotros apreciamos que ha seleccionado nuestra oficina. Circule de que manera supo de nuestra oficina: Facebook Instagram Pura Vida ó

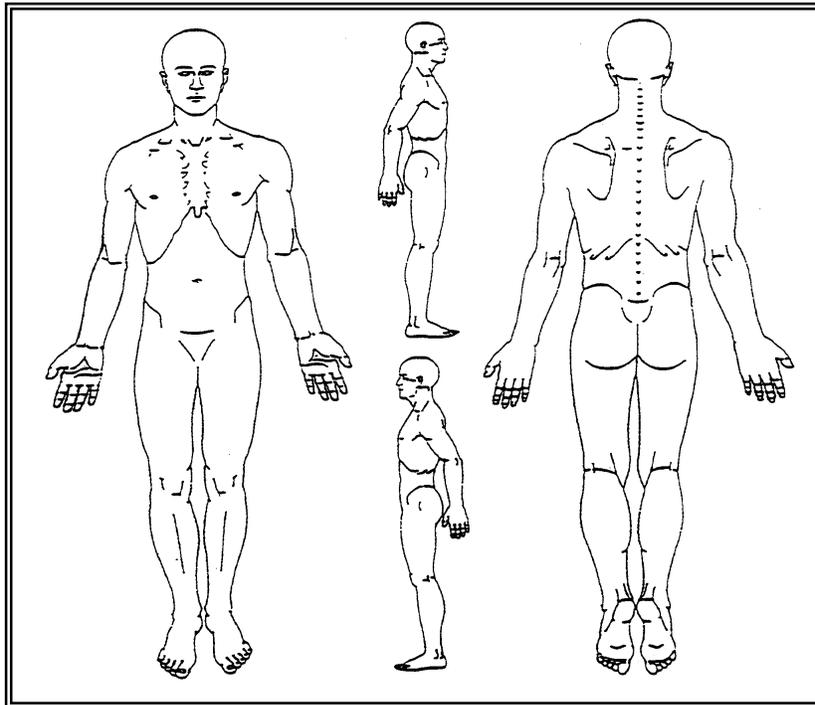
A través de alguien que usted conoce y podamos agradecerle: Escribir nombre de la persona que lo refirió: _____

Por favor, indique la razón principal por la cual nos está viendo hoy: _____

Si su visita es relacionada a un dolor en específico, utilice los símbolos para marcar qué tipo de dolor siente en el diagrama del dibujo de cuerpos abajo.

XXXXXXXXX // // // // // o o o o o o o o o o t t t t t - - - - - r r r r

Molestia General Punzante Adormecimiento/Cosquilleo Tenso/Tieso Quemazon Radiación



Usando la escala de dolor abajo, circule el nivel de dolor que experimenta cuando este problema está en su peor momento:

- 0 = No hay dolor. No hay molestia
- 1 = Molestia Mínima. Tensión o molestia menor.
- 2 = Molestia. Tieso, tenso, sensitivo Músculo fatigado.
- 3 = Dolor mínimo. Más que sensitivo. Incómodo.
- 4 = Dolor Leve. Nota el dolor, sin embargo es tolerable.
- 5 = Dolor Moderado. Agravante. Aún permite el movimiento.
- 6 = Dolor Fuerte. Bastante Agravante. El movimiento poco limitado.
- 7 = Dolor bien Fuerte. Muy Agravante. Movimiento está limitado.
- 8 = Dolor bien, bien Fuerte. Extremadamente Agravante. Movimiento esta limitado.
- 9 = Dolor Severo. Le salen lagrimas. Casi imposible moverse.
- 10 = Dolor Agonizante. Agonía. No lo soporta. No puede moverse. Emergencia.

¿Existe algún entumecimiento/adormecimiento u hormigueo? _____

¿Hay algún dolor irradiando a los brazos o las piernas? _____

De ser Sí ¿En que área comienza? _____. ¿En que área termina?

Explique la Frecuencia de cada Área de Dolor:

Constante (75 – 100% del tiempo) _____

Frecuente (50 – 75% del tiempo) _____

Ocasionales (25 – 50% del tiempo) _____

Intermitente (0 – 25% del tiempo) _____

Nombre los médicos o quiroprácticos que ya ha visto para su problema actual:

¿Qué pruebas se ha realizado si alguna para este problema?

Resonancia Magnética (MRI) Tomografía (CT) Rayos X

Exploración mielograma EMG/NCV Ninguna Otras: _____

¿Qué solución ha tratado ya para este problema? Anti-inflamatorio Relajante Muscular

Otro medicamento Inyecciones Fisioterapia Quiropráctica Masaje

Ejercicios Medicamento de Dolor Otros

¿Qué empeora el problema? Estar: Sentado De Pie Cambiar de Posición Caminar

Doblarse levantar objetos pesados Torcer Estirarse a agarrar objetos Guiar Dormir

Estornudar/Toser Trabajar en la computadora Uso de Teléfono

Ir de una posición de estar sentad@ a pararse Otra _____

¿Algún otro problema de salud, que tengas, aún cuando pienses que está relacionado o no con la quiropráctica? ?

¿Si yo te pudiera ayudar para que pudieras dejar de usar estos medicamentos para tu vida diaria, eso sería algo que te interesaría saber o que quisieras que te explicara? Sí o No



300 Ave. Felisa Rincón de Gautier Suite #9,
Las Vistas Shopping Village
San Juan, PR, 00926
Tel. 787.777.1171 / Fax 787.777.1172

¿Cuánto tiempo llevas sufriendo este problema? ¿Llevas más de un mes o dos, o son años? Sea específico (Ej. hace 4 meses, o hace 15 años) _____

Menciona todo tipo de accidente o caída a lo largo de **TODA TU VIDA** que te acuerdes, aunque pienses que no está relacionado a tu columna vertebral. (ejemplo accidente de auto, caídas, resbalones, deportes, trabajo, caídas de niñez etc.)

De que manera estos problemas de salud ya sea de la columna o puede ser también relacionado a nutrición, peso, tiroides, alta presión, cualquier condición actual que usted padezca le está afectando negativamente su vida. (Ej. Falta de energía, Falta de concentración, pérdida de memoria, no puede hacer todos los movimientos sin que le de dolor, no puede hacer ciertas actividades entre otras cosas).

Si este problema lleva ya _____ meses/años. ¿Qué tu crees que va a pasar si no lo corriges?

¿Tienes alguna preocupación acerca de corregir este problema?

¿En una escala del 1 al 10, 10 siendo lo mayor posible, cuán comprometido estas de corregir este problema sin el uso de medicamentos o cirugía?

ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor indique cualquier condición importante que ha sido diagnosticado y/o tratado durante el transcurso de su vida: _____

Por favor indique cualquier cirugías ha tenido a lo largo de su vida: _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No ; Si es sí, indique cuales: _____

Anote cualquier medicamento y/o suplemento que esté tomando, la dosis del mismo y cuál es la razón para el uso que le está dando: _____

HISTORIA FAMILIAR

Madre: Viva Fallecido Lista de cualquier problema médico: _____

Padre: Vivo Fallecido Lista de cualquier problema médico: _____

Lista de problemas comunes en su familia: Cáncer Diabetes Cardiopatía Artritis
Hipertensión arterial Derrames Enfermedad de tiroides Escoliosis Osteoporosis
Otros _____

HISTORIA SOCIAL

Estado Marital: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Conviviendo Comprometido/a
 Viudo/a

¿Tienes hijos? Sí No ; Si es sí, ¿cuántos? _____

¿Bebes alcohol? Sí No ; Si es sí, ¿cuánto y ¿con qué frecuencia? _____

Fuma: (círculo uno): Fumador Diario / Fumador Ocasional / Ex Fumador / Nunca he fumado

Está Empleado Actualmente: Si No; De ser sí,Cuál es su ocupación: _____

¿Cuál es el nombre de su patrono actual? _____

¿Cuánto tiempo llevas en este trabajo? _____

¿Qué tipo de posición en términos de postura y movimiento repetitivos tienes en tu trabajo la mayor parte del tiempo? _____

En una escala de 1 a 10 con 1 = Pobre y 10 = Excelente, indique cómo crees que está haciendo en las siguientes categorías:

Ejercicio ____ + Sueño ____ + Nutrición ____ + Estrés ____ + Nivel de Consumo Agua ____
+ Nivel de Energía ____ = _____

Firma

Nombre Letra Molde

Dra. Adamari Gómez Villegas

Fecha