

¿A quién podemos agradecer por referirlo a esta oficina? → _____

SOLICITUD DE ATENCIÓN EN ACCURSO CHIROPRACTIC CENTER

Fecha de hoy: _____

HRN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: ____

Hombre Mujer Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____

Código postal: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono hogar: _____

Teléfono móvil: _____ Estado civil: Soltero Casado Tiene seguro: Sí No

Teléfono trabajo: _____ Número de seguridad social: _____

Número de Licencia de conducir: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Nombre de cónyuge _____

Empleador de de cónyuge _____ Cantidad y edades de hijos: _____

Nombre y número de contacto de emergencia: _____ Relación: _____

HISTORIAL DE QUEJA

Por favor identifique las condiciones que lo trajeron a este consultorio: Primera: _____

Segunda: _____ Tercera: _____ Cuarta: _____

En una escala del **1** al **10**, siendo **10** el peor dolor y **0** nada de dolor, califique su queja arroba **marcando el número con un círculo**:

La queja **principal** es 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

La **segunda** queja es: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tercera queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Cuarta queja: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

¿Cuándo comenzaron los problemas? _____ ¿Cuándo empeoran los problemas? Mañana

Tarde Noche Madrugada ¿Cuánto duran? Es constante Lo experimento de manera

intermitente durante el día Va y viene durante la semana

¿Cómo ocurrió la lesión? _____ ¿Su condición ha sido tratada por alguien? No Sí

En caso de Sí, ¿cuándo?: _____ ¿por quién? ____ Por cuánto tiempo estuvo en tratamiento: _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

Nombre de quiropráctico anterior: _____ N/A

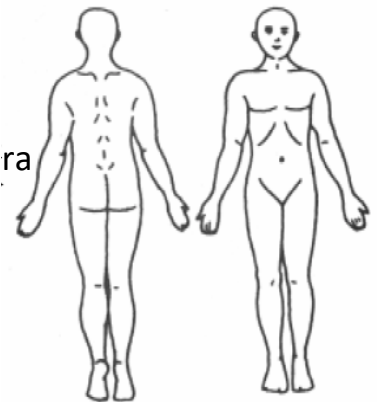
***POR FAVOR MARQUE** las áreas del diagrama con las siguientes letras para

describir sus síntomas: **I** = Irrradiado **A** = Ardor **S** = Sordo **C** = Constante

E = Entumecimiento **P** = Punzante/Agudo **H** = Hormigueo

¿Qué alivia sus síntomas? _____

¿Qué los empeora? _____



¿Su problema es resultado de CUALQUIER tipo de accidente? Sí, No

ANTECEDENTES

¿Ha sufrido este problema o alguno similar en el pasado? No Sí **En caso de Sí**, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue la última ocurrencia? _____ ¿Cómo ocurrió la lesión? _____

Otras formas de tratamiento intentadas: No Sí **En caso de Sí**, por favor especifique **cuál** tipo de tratamiento: _____, y quién se lo realizó: _____ **¿Hace cuánto?** _____ ¿Cómo fueron los resultados? Favorables Desfavorables → por favor explique. _____

Identifique TODAS las condiciones PASADAS y ACTUALES que sienta que contribuyan con su problema actual:

PARTE DE QUIÉN	HACE CUÁNTO	TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA	POR
LESIONES	→		
CIRUGÍAS	→		
ENFERMEDADES NIÑEZ	→		
ENFERMEDADES ADULTEZ	→		

ANTECEDENTES SOCIALES

- Fumar:** cigarro puro pipa cigarrillos → ¿Frecuencia? A diario Fines de semana Ocasional Nunca
- Bebidas alcohólicas:** consumo ocurre → A diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca
- Drogas recreativas:** A diario Fines de semana Ocasionalmente Nunca

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿Alguien en su familia sufre el mismo problema? No Sí
En caso de sí: abuela abuelo madre padre hermana(s) hermano(s) hijo(s) hija(s)
¿Alguna vez han recibido tratamiento para su condición? No Sí No sé
- Cualquier** otra condición hereditaria que el médico debería conocer. No Sí: _____

Por favor enumere las **3 personas o cosas más importantes** de su vida:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Por medio de la presente autorizo a que se haga el pago directamente a [Accurso Chiropractic Center](#) de todos los beneficios que puedan ser pagables bajo un plan de atención médica o por parte de cualquier otra fuente colateral. Autorizo el uso de esta solicitud o copias de la misma para el propósito de procesar quejas y efectuar pagos, y para reconocer que esta asignación de beneficios de ninguna manera me alivia de cualquier responsabilidad de pago y que seguiré haciéndome financieramente responsable con Accurso Chiropractic para cualquiera y todos los servicios que reciba en este consultorio.

Firma de paciente o persona autorizada

_____-_____-_____
Fecha en que se completó

Firma del doctor

_____-_____-_____
Fecha de revisión de formulario

Actividades cotidianas/síntomas/medicamentos

Nombre de paciente: _____ **Archivo#** _____ **Fecha:** _____

Actividades diarias: Efectos de condiciones actuales en el desempeño

Por favor identifique cómo su condición actual está afectando su capacidad de llevar a cabo actividades que son parte rutinaria de su vida:

Flexionarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Concentrarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trabajo en la computadora	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Jardinería	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Practicar deporte	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Usar pala	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Dormir	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Ver TV	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Cargar algo	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Bailar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Vestirse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Levantar algo	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Empujar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Darse la vuelta	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Sentarse	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Estar de pie	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trabajar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Trepar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Hacer oficios	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Manejar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Actividad sexual	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Leer	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Correr	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo
Caminar	<input type="checkbox"/> Sin efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (se puede)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitado)	<input type="checkbox"/> No puede hacerlo

Por favor marque con P lo Pasado, A lo Actual y N lo que Nunca le ha ocurrido

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo (actual) | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Resfriado o gripe frecuente | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte alta de la espalda | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Diarrea/Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte media de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor al toser o estornudar | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte baja del espalda | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición |
| <input type="checkbox"/> Dolor en caderas | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Curvatura en la espalda | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Problemas de menopausia | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Brazos, manos, dedos entumecidos | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problema en riñones |
| <input type="checkbox"/> Piernas, pies, dedos entumecidos | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Cambios de estado de ánimo | <input type="checkbox"/> Problemas en la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Problemas en pies/rodillas | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Impotencia/Disfunción sexual | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones hinchadas/adoloridas | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C) |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la piel | | | <input type="checkbox"/> Problemas en el colon |

Enumere medicamentos recetados y no recetados que toma: _____

PERFIL INICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO

¿Cuándo fue su accidente automovilístico más reciente? _____

¿A qué velocidad ocurrió el choque? _____

Tipo de impacto: Impacto frontal / Impacto lateral / Impacto trasero

¿Recibió tratamiento? Por favor describa _____

¿Cuándo fue su tensión más reciente en el trabajo? _____

Por favor describa la lesión _____

¿Recibió tratamiento? Por favor describa _____

¿Su trabajo requiere que permanezca en posiciones incómodas por una larga duración? _____

(Por ejemplo: estar sentado todo el día, levantamientos repetitivos, uso prolongado de la computadora)

¿Ha sufrido un trauma vertebral en el pasado? _____

Deportes de choque, de reflejos, o movimiento repetitivo: fútbol, fútbol americano, lucha, baloncesto, béisbol, tenis, golf, atletismo _____

Trauma en la niñez. Por ejemplo: caída con golpe en la cabeza, impacto en la cabeza, contusión, caída con golpe en espalda o coxis, accidente en bicicleta _____

Trabajo en el hogar: levantar cosas, inclinarse, despertarse con cuello rígido, dolores en la espalda.

