***¿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 **O** 🞏 Lo experimento de manera intermitente durante el día **O** 🞏 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 = I**rradiado **A= A**rdor **S =S**ordo **C =** **C**onstante

**E = E**ntumecimiento **P = P**unzante/Agudo **H = H**ormigueo

¿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:

|  |
| --- |
| **HACE CUÁNTO TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA**   **POR PARTE DE QUIÉN** |
| **LESIONES 🡪** |
| **CIRUGÍAS 🡪** |
| **ENFERMEDADES NIÑEZ 🡪** |
| **ENFERMEDADES ADULTEZ🡪** |

**ANTECEDENTES SOCIALES**

**1. Fumar**: ❑cigarro puro ❑pipa ❑cigarrillos 🡪 ¿Frecuencia? ❑A diario ❑Fines de semana ❑Ocasional ❑Nunca

**2. Bebidas alcohólicas**: consumo ocurre🡪❑A diario ❑Fines de semana ❑Ocasionalmente ❑Nunca

**3. Drogas recreativas**: ❑A diario ❑Fines de semana ❑Ocasionalmente ❑Nunca

**ANTECEDENTES FAMILIARES**:

**1.** ¿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

**2. 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 formularioActividades 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 | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Concentrarse | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Trabajo en la computadora | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Jardinería | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Practicar deporte | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Actividades recreativas | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Usar pala | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Dormir | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Ver TV | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Cargar algo | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Bailar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Vestirse | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Levantar algo | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Empujar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Darse la vuelta | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Sentarse | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Estar de pie | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Trabajar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Trepar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Hacer oficios | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Manejar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Actividad sexual | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Leer | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Correr | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Ponerse de pie | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |
| Caminar | Sin efecto | Doloroso (se puede) | Doloroso (limitado) | No puede hacerlo |

**Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Archivo#/HRN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**ESCALA VISUAL ANÁLOGA CÚADRUPLE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea atentamente:**

**Instrucciones:** Por favor marque con un círculo el número que mejor describa la respuesta a la pregunta que se le hace.

**Nota:** Si tiene más de una queja, por favor responda cada pregunta por cada queja individual e indique el puntaje de cada queja. Por favor indique su nivel de dolor ahora mismo, dolor promedio, y el dolor en su máximo y en su mínimo.

***Ejemplo:***

**Dolor de cabeza**

**Cuello**

**Espalda Baja**

***Sin dolor*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***el peor dolor posible***

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**1 – ¿Cómo es su dolor AHORA MISMO?**

**Sin dolor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **el peor dolor posible**

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

**2 – ¿Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO?**

**Sin dolor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **el peor dolor posible**

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

**3 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÍNIMO (Qué tan cerca de “0” está su dolor cuando está al mínimo)?**

**Sin dolor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **el peor dolor posible**

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

**4 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÁXIMO (Qué tan cerca de “10” está su dolor cuando está al máximo)?**

**Sin dolor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **el peor dolor posible**

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

**OTROS COMENTARIOS:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**