

**Back to the Garden Quiropráctico  
& Reversión de Enfermedades Crónicas**

**Edificio Román, Carr 107 km 1.3  
Aguadilla, Puerto Rico 00603  
(787) 819-3481**

#Exp. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Mes      Día      Año

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Femenino: \_\_\_ Masculino: \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

Lugar de Trabajo/Ocupación: \_\_\_\_\_

Soltero(a): \_\_\_ Casado(a): \_\_\_ Divorciado(a): \_\_\_ Viudo(a): \_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

**Si fue referido por un paciente, dé el nombre de la persona:** \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro médico? Si \_\_\_ No \_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Es usted el asegurado principal de su plan médico: Si \_\_\_ No \_\_\_

**Si contestó que NO, dé información del Asegurado Primario**

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Compañía para la que trabaja \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Asegurado Principal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Describa la razón para contactarnos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGRAMA DE DOLOR  
INDIQUENOS DONDE LE DUELE.**

**Lea cuidadosamente.**

Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Utilice los símbolos a continuación:

Dolor >>>>  
>>>>

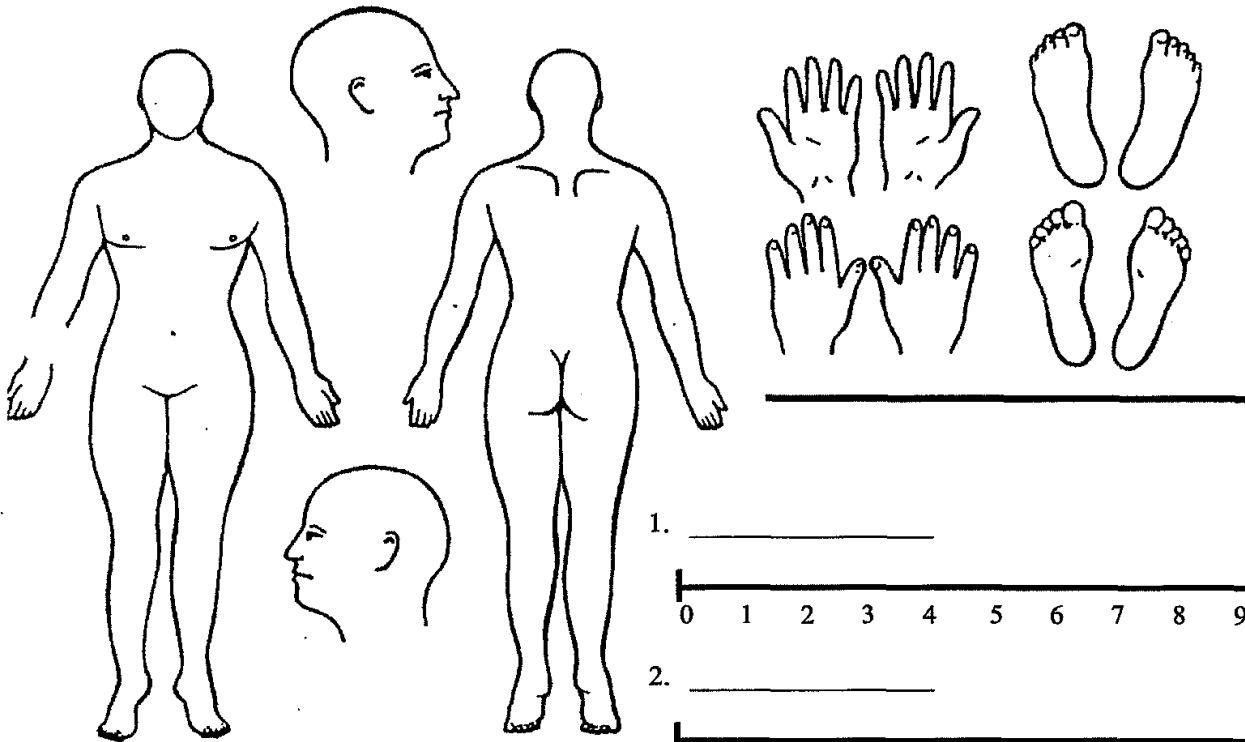
Adormecimiento =====  
=====

Alfilerazos 0000  
0000

Ardor x x x x  
x x x x

Punzadas // // //  
// // //

Latidos ~ ~ ~ ~  
~ ~ ~ ~



1. \_\_\_\_\_  
|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. \_\_\_\_\_  
|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. \_\_\_\_\_  
|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**INTENSIDAD DEL DOLOR**

Escriba el nombre de la parte del cuerpo que le duele y marque el número correspondiente a la intensidad del dolor.  
(0 = Ningún Dolor, 10 = El Peor Dolor Imaginable)

*Ejemplo:*

1. Cuello

|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **File No:** \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CONFIDENCIAL SOBRE SU SALUD

Para poder servirle mejor, naturalmente necesitamos tener toda la información necesaria con respecto a su estado de salud. ¿Sería tan amable de ofrecernos la siguiente información? Gracias.

1. Dolencia principal \_\_\_\_\_
2. Otros problemas \_\_\_\_\_
3. ¿Qué clase de dolor(es) o síntomas tiene?    \_\_\_ Agudo    \_\_\_ Leve  
     \_\_\_ Inflamación    \_\_\_ Quemazón    \_\_\_ Latidos    \_\_\_ Entumecimiento  
     \_\_\_ Alfilerazos    \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
4. ¿Se le mueve el dolor de un lado a otro?    \_\_\_ SI    \_\_\_ NO  
Si es SI, ¿Dónde?    \_\_\_ Brazo(s)    \_\_\_ Mano(s)    \_\_\_ Pierna(s)    \_\_\_ Pie(s)  
     \_\_\_ Cuello    \_\_\_ Cabeza    \_\_\_ Espalda Baja    \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
5. ¿Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué causó el problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Há tenido este problema u otra condición similar en el pasado?    \_\_\_ Sí    \_\_\_ No  
Si es SI, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. El dolor es:    \_\_\_ Constante    \_\_\_ Viene y va    \_\_\_ Sólo de vez en cuando
9. Esta condición está:    \_\_\_ Mejorando    \_\_\_ Empeorando    \_\_\_ Se mantiene igual
10. Esta condición está interfiriendo con su:    \_\_\_ Trabajo    \_\_\_ Sueño    \_\_\_ Rutina diaria  
     \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué actividades agravan su condición? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Qué medidas ha tomado en su casa para mejorar el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Le dió resultado?    \_\_\_ SI    \_\_\_ NO    \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha visto a algún otro médico para esta condición?    \_\_\_ SI    \_\_\_ NO  
Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Doctor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
¿Qué hicieron por usted? \_\_\_\_\_  
¿Le ayudó?    \_\_\_ SI    \_\_\_ NO

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ File No: \_\_\_\_\_

14. ¿Es su condición el resultado de un accidente automovilístico y/o lesión en el trabajo?

\_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI, ¿está reportado su caso con ACCA y/o CFSE? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

¿Cuál es el estatus de su caso? \_\_\_\_\_

15. ¿Tiene marcapaso? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

16. ¿Es usted alérgico a algún medicamento(s)? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI, indique cuál(es): \_\_\_\_\_

Reacción al medicamento (e.g. salpullido): \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó a ser alérgico(a): \_\_\_\_\_

17. ¿Es usted alérgico a alguna vitamina, suplemento o remedio? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI, indique cuál(es): \_\_\_\_\_

Reacción al medicamento (e.g. salpullido): \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó a ser alérgico(a): \_\_\_\_\_

18. ¿Ha sido operado u hospitalizado? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI indique cuándo y razón: \_\_\_\_\_

19. Fecha de su último examen físico: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha tenido algún accidente de tránsito? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI, indique el año y describa brevemente el accidente: \_\_\_\_\_

21. ¿Ha tenido alguna lesión física o accidente? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si es SI, indique el año y una breve descripción del incidente: \_\_\_\_\_

22. Historial de Fumar: \_\_\_\_ Fuma diariamente \_\_\_\_ Fuma algunos días solamente

\_\_\_\_ Ex fumador \_\_\_\_ Nunca ha fumado (menos de 100 cigarrillos en su vida)

23. Comentarios del paciente: \_\_\_\_\_

¡GRACIAS!

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ File No: \_\_\_\_\_