

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

331 Calle Coll y Toste
Hato Rey, Puerto Rico 00918
787-282-7865

#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 >>>>
>>>>

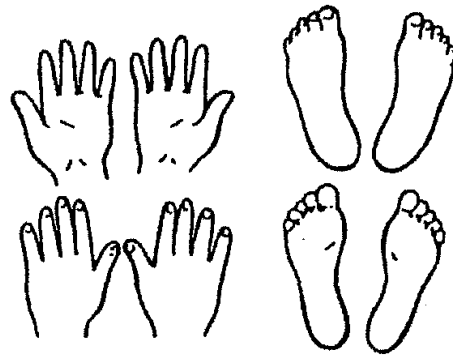
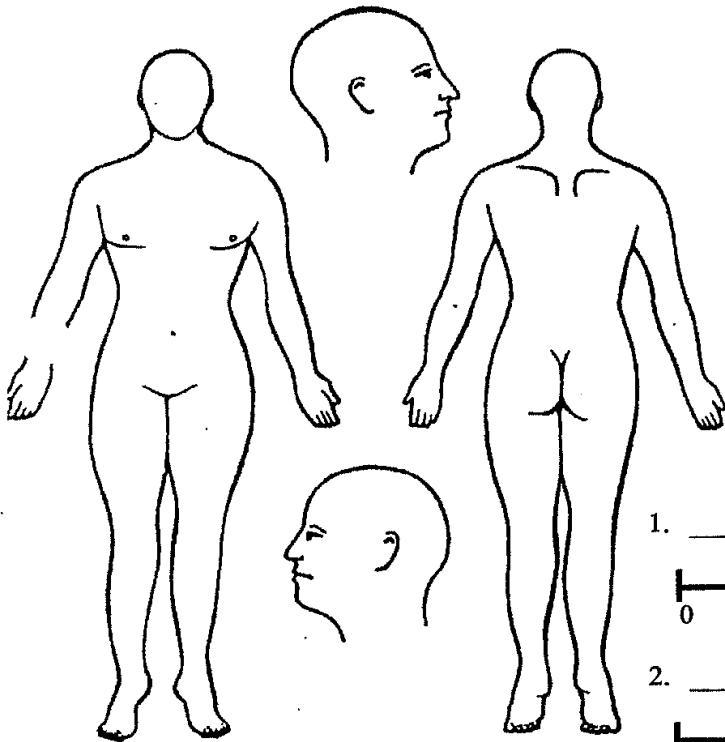
Adormecimiento =====
=====

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:** _____