

Bienvenido A Changing Tides Chiropractic & Wellness

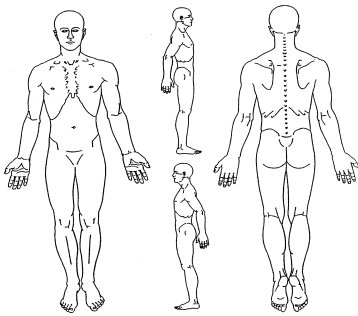
Cómo se enteró de nosotros? _____

Alguna vez a recibido tratamiento quiropráctico? No Sí Cuando, y cual fue el motivo?: _____

Informacion Sobre El Paciente:

Nombre _____ Correo Electrónico _____
Para informacion general y prmociones de la clinica
 Dirrección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono (Cell) _____ (Casa) _____
 Edad ____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo F M Ocupación _____ Cuantas horas trabaja por semana ____
 Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Dolor o Malestar: Marque una X en la foto en las areas donde tiene sus sintomas o su dolor



Quando empezaron sus síntomas? _____

Cual fue la causa de sus síntomas? _____

Ha tenido estos síntomas antes? _____

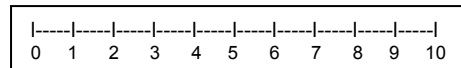
Que empeora los síntomas? _____

Que le hace sentirse mejor? _____

Tipo de dolor: Agudo Dolor Dolor profundo Entucimiento Puncion Apretado
 Ardor Estremecimiento Inchazon Puñalada Comezon/hormigueo Palpitante

Frecuencia de sus sintomas: Constantemente 100% del tiempo Frequentemente 75% Intermitente-50% Ocasional-25%

Circule el nivel de su dolor cuando se siente lo MEJOR y cuando se siente lo PEOR Cero (no dolor) a 10 (dolor severo).



Como le afectan sus sintomas en:

Casa/Dormir _____ Trabajo _____ Jugando/Deportes _____

Manejando/Sentarse _____ Escuela _____ Donde siente su estrés _____

PARA MUJERES:

Hay posibilidad de embarazo? No Sí No estoy segura! Cuantas semanas? _____

Esta amamantando? No Sí

Tiene implantes de pecho? No Sí

HISTORIAL PERSONAL: Porfavor marque cada condición que usted tiene o ha tenido en el pasado

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Mareos /Vértigo | <input type="checkbox"/> Perdida de sueño | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro/Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Dolor de pies/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sensación | <input type="checkbox"/> Dolor de mano/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor que lo/la despierta por la noche |
| <input type="checkbox"/> Desorden sanguineo | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Entucimiento | <input type="checkbox"/> Accidente(s) de carro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presion sanguinea alta o baja | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Ciática | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada | |
| <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | | | |

Lesiones/Cirugías que ha tenido:

Descripción

Fecha

Caída (grave) _____

Golpes de cabeza _____

Fracturas/Dislocación _____

Cirugías _____

Nombre (otra vez por favor): _____ Fecha de Nacimiento (otra vez) _____

Hábitos:

Tabaco (#/día) _____ Café (tazas/día) _____ Dormir (hrs/noche) _____ Agua (oz/día) _____
Alcohol(bebidas/día) _____ Té (tazas/día) _____ Refrescos/Sodas (bebidas/día) _____ Dieta o Regular
Ejercicio: Tipo _____ Frecuencia _____

Cuánto Mide: _____ **Peso en libras:** _____ [uso de oficina Presion: _____, Pulso: _____]

Historia Familiar: Por favor informenos sobre condiciones que corren en su familia

<u>Pariente y su relación:</u>	<u>Problema de Salud:</u>
_____	_____
_____	_____

Medicamentos que está tomando actualmente: recetas, vitaminas, minerales, suplementos, etc

<u>Nombre:</u>	<u>Razón:</u>	<u>Por cuanto tiempo?:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PORQUE QUIROPRÁCTICA?

Hay varias razones por las que alguien busca cuidado Quiropráctico. Algunos van en búsqueda de alivio sintomático del dolor o malestar que acaba de ocurrir o que acaba de ser recreado de alguna lesión vieja. Otros están interesados en saber la causa y raíz del problema mas allá del dolor del espalda. En esta evaluación incluye: programa quiropractico, consejeria de nutricional y de suplementación y corrección de biomecanica del diario vivir.

CUIDADO DE LA RE-EVALUACION

Cuidado de sintomas agudos que acaban de ocurrir o que usted acaba de tener una recaida. La meta principal es síntomas o dolor. Una vez esta parte sea manejada la Dra. Eliana recomienda continuar con el cuidado correctivo para evitar recaidas en futuras ocaciones.

CUIDADO CORRECTIVO

La atención correctiva difiere de la atención de socorro en que su objetivo es deshacerse de los síntomas o el dolor mientras se corrige la causa de el problema. La atención correctiva varía en la duración del tiempo, pero es más duradera.

ACUERDO FINANCIERO:

Usted entiende y acepta que las pólizas de seguro de salud / accidente son un acuerdo entre una compañía de seguros y usted. Usted autoriza la cesión de sus derechos y beneficios de seguro (si aplica) directamente a Changing Tides Chiropractic por servicios prestados. Puede haber casos en los que Changing Tide Chriopractic le proporcionará una "Declaración de cargos" que usted puede enviar personalmente directamente a su compañía de seguros para que le devuelvan el reembolso. **Usted entiende y acepta claramente que todos los servicios prestados a usted se cobran directamente a usted y que usted es personal y financieramente responsable del pago pagado o no por el seguro. Todo el pago es debido en el momento del servicio.**

Firma del paciente (o Guardian)

Fecha de la primera visita