

# Introducción al Historial del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION DEL PACIENTE

**Nombre:** (Apellido, Primero, Segundo nombre) \_\_\_\_\_ **Nombre de preferencia:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Tel. de casa:** \_\_\_\_\_ **Tel. de celular:** \_\_\_\_\_ **Proveedor de celular:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Genero:** M / F **Estatus marital:** Casado / Otro / Soltero  
**Número de seguro social #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Estatus estudiantil:** Tiempo completo / Medio tiempo / No estudia  **Empleado** **Empleador:** \_\_\_\_\_  
**\*Recomendado por:** \_\_\_\_\_ **Número de trabajo:** \_\_\_\_\_

---

**Etnicidad:** hispano o Latino / Otro **Idioma de preferencia:** \_\_\_\_\_

**Raza humana:** Asiático / Africano Americano /  
Indio Americano o Nativo de Alaska /o Nativo de Alaska / **Fuma?** Todos los días / Algunos días / Ya no fuma / Nunca  
Otro / Nativo de Hawái o de la Isla Pacífica / Blanco

---

## INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Médico de cabecera:** \_\_\_\_\_  
**Numero de casa:** \_\_\_\_\_ **Numero móvil:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico del Doctor:** \_\_\_\_\_  
**Relación:** Hijo / Padre / Esposo (a) / Otro: \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION FINANCIERA

Seguro  Compensación del trabajador  Pago en Efectivo  Accidente Auto/Personal  Otro(Por favor explique): \_\_\_\_\_

### Seguro Médico Principal

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el asegurado:** Si mismo/ Esposo (a) / Padre /  
Hijo / Otro  
*Otro que no sea si mismo:*  
**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_ **Genero:** M / F  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Número telefónico:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Seguro Médico Secundario

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el asegurado:** Si mismo / Esposo (a) / Padre / Hijo /  
Otro  
*Otro que no sea si mismo:*  
**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_ **Genero:** M / F  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Número telefónico:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

---

**¿Quién es responsable por el pago?** Si mismo / Otro -(Relación) \_\_\_\_\_

*Otro que no sea si mismo:*

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

*Es usual y acostumbrado pagar por servicios como esta dictado salvo un acuerdo contrario*

# Historial del Paciente

## HISTORIAL DE LA CONDICION ACTUAL

Describe las principales quejas: \_\_\_\_\_

¿Fecha en que empezó? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Describe como empezó: \_\_\_\_\_

Grado de Intensidad/Severidad de la queja: Ninguna / Leve / Moderada / Severa / Muy Severa

Tipo de la queja/dolor: Agudo / Punzante / Ardor / Comezón / Tenso / Rigidez y Adolorido / Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué tan frecuente es esta molestia en la actualidad? De vez en cuando / Constante

Esta queja radia /extiende alguna área de su cuerpo? Si / No

(Describe) \_\_\_\_\_

Cabeza – Base del cráneo / Frente / A los lados-sienes Izq. / Derecha / Ambos Brazo – / Hombros / Manos-Dedos Izq. / Derecha / Ambos

Pierna - Cadera / Muslo-rodilla / Pantorrilla / Pie-Dedos Izq./ Derecha / Ambos Otra Área: \_\_\_\_\_

Hay algo que minimice el dolor? Hielo / Calor / Descanso / Movimiento / Rascarse / Medicamento sin receta / Otro: \_\_\_\_\_

Hay algo que maximice el dolor? Sentarse / Pararse / Caminar / Acostarse / Dormir / Uso excesivo / Otro: \_\_\_\_\_

Qué actividades han sido afectadas por esta condición? (Describe) \_\_\_\_\_

### Para esta condición ACTUAL, usted ha:

• Recibido tratamiento? Ninguno / DC / MD / PT / Masajes / Emergencia / Otro: \_\_\_\_\_ **Dónde?** \_\_\_\_\_

• Ha tenido cirugías o intervenciones en esta área? (Describe) \_\_\_\_\_

• Ha tomado medicamento? Medicamento sin receta / Receta \_\_\_\_\_

• Ha tomado algún examen para diagnostico? Rayos X / Resonancia Magnética / Estudio Tomo gráfico / Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y Dónde? \_\_\_\_\_

Describe cualquier otra molestia: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD – (POR FAVOR USE EL REVERSO DE ESTA HOJA PARA ESPACIO ADICIONAL SI LO NECESITA)

### Medicamentos:

Alergias a medicamentos: NINGUNO (Enliste) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medicamentos actuales: NINGUNO

(¿Ya tiene una lista? ¿Podemos sacarle copia?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historial de salud pasado: (Por favor enliste cualquier previo...)

Cirugías – Fecha, Tipo, y Razón: NINGUNO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Principales lecciones/Traumas: NINGUNO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones: NINGUNO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_

**Historial de Salud Familiar:** (Por favor marque N/A si no es relevante.)

Enumérelos principales problemas de salud relevantes de los familiares directos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fallecimiento de familiares directos:** (¿Causa y edad de

fallecimiento?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Historial Social y de Profesión:**

**Nivel de Educación Completada:** \_\_\_\_\_

Preparatoria / Educación Superior / Título Universitario / Maestría / Otro

**Estilo de Vida:**

(Pasatiempos, Actividades Recreativas, Ejercicio, Dieta, Trabajo,

Vitaminas) \_\_\_\_\_

**Hábitos:**

Cigarro – (#/día) \_\_\_\_\_

Alcohol – (cantidad/día) \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS**

**¿Está experimentando cualquiera de estos síntomas actualmente? (Marque todos los que apliquen) Muchas de las siguientes condiciones corresponden a tratamiento con Quiropráctico y Acupuntura.**

**General: (constitucional)**

- Cambio de peso reciente,
- Fiebre
- Fatiga
- Ninguno en esta Categoría

- Dificultad Sexual
- Piedras en el Riñón
- Dolor/Ardor al orinar
- Cambio en fuerza/Escases de orina o Frecuencia en la orina
- Sangre en la orina
- Inconsistencia o moja la cama.
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

- Glaucoma.
- Enfermedad de los Ojos o Lesiones
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Musculo Esqueletal:**

- Dolor inferior de la espalda
- Dolor a media espalda
- Dolor de cuello
- Problemas en el brazo \_\_\_\_\_
- Problemas en la pierna \_\_\_\_\_
- Dolor en las coyunturas
- Rigidez/Coyunturas inflamadas.
- Dolor/Músculos débiles o Espasmos en las coyunturas de los Músculos/Calambres
- Huesos rotos \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta categoría

**Gastrointestinal:**

- Pérdida de apetito
- Sangre en el inodoro
- Cambio en defecar
- Dolor al defecar
- Nausea o Vomito
- Dolor abdominal
- Diarrea frecuente
- Constipación
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Oídos, Nariz y Garganta:**

- Encías con sangre/ Llagas en la boca
- Mal aliento o Mal Sabor de boca
- Problemas Dentales
- Garganta inflamada o Cambio de Voz
- Glándulas en el Cuello inflamadas
- Oído - Dolor/Zumbido/Drenaje
- Sinusitis/Problemas de Alergia Sangrado de Nariz
- Pérdida de Audición
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Neurológico:**

- Entumecimiento o sensación de hormigueo, o pérdida de sensibilidad
- Mareos
- Frecuente o Recurrente dolores de cabeza, Convulsiones
- Temblores, Ataques
- ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza? ¿Alguna vez ha estado en un accidente automovilístico?
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguna en esta categoría

**Cardiovascular Y Corazón:**

- Dolor de pecho
- Palpitaciones rápidas o Cambios en las palpitaciones
- Problemas de Presión Arterial
- Manos inflamadas, Tobillos, o Pies
- Problemas de Corazón
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Respiratorio:**

- Dificultad al Respirar, Tos persistente
- Sangre al toser
- Asma o Problemas Pulmonares ruidosos
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Enfermedades Endocrinas,****Hematológicas y****Linfático:**

- Problemas de Tiroides
- Diabetes
- Orina y Sed excesiva
- Extremidades frías
- Intolerancia al calor o frío
- Cambio en la talla de sombrero o guantes
- Piel Reseca
- Problema hormonal o glandular
- Inflamación en las Glándulas
- Anemia
- Le salen hematomas con facilidad o Venas con Sangrado
- Desorden en el Sistema Inmunológico
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Mente/Estrés:**

- Nerviosismo Depresión
- Problemas para dormir
- Pérdida de Memoria o Confusión.
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**Ojos y Visión:**

- Uso de Contactos/Lentes
- Vista Nublada o Visión Doble

**Piel y Senos:**

- Ronchas o Comezón

**Genitourinaria:**

- Cambio en el tono de piel
- Cambio en las ungas y cabello
- Hematomas sin sanar
- Cambio en apariencia de lunares
- Dolor de Senos
- Tumoración en el seno
- Secreción Mamaria
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría

**¿Estas embarazada?**

- Si – Fecha para dar a luz** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- No – Último Periodo Menstrual** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Infertilidad

- Periodos irregulares o dolorosos
- Fluido vaginal
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno en esta Categoría
- Embarazos con Resultado y Fecha:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Mujeres solamente:**

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

*He leído la información previa y certifico que es verdadera y exacta conforme a mi mejor conocimiento, y autorizo a esta oficina para proveerme cuidado quiropráctico, examen diagnóstico y/o servicios terapéuticos, se conformidad con los estatutos de este estado.*

Firma del Paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_