

# ESCALANTE CHIROPRACTIC

Brenda D. Morales, D.C.

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Pager \_\_\_\_\_ E-mail Casa: \_\_\_\_\_ E-mail Trabajo: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  # de hijos \_\_\_\_\_ Nombre de esposo(a)(padre/madre) \_\_\_\_\_

¿Quién lo(a) refirió a nuestra clínica? \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Domicilio del Empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Ha obtenido tratamiento quiropráctico en el pasado? \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Si está experimentando problemas de salud, por favor escriba sus quejas en orden de severidad (síntomas, dolor, etc.)

1. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de doctores que ha consultado para estos problemas: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Nombre de su médico familiar \_\_\_\_\_

¿Usted experimenta las quejas mencionadas durante el trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, describa cuáles actividades en el trabajo causan su molestia o dolor: \_\_\_\_\_

¿Hay algunas actividades, incidentes o eventos fuera del trabajo que causan sus molestias o dolor? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, describa en detalle: \_\_\_\_\_

Si su queja fue causada por un accidente, caída u otro tipo de trauma, ¿En qué fecha sucedió? \_\_\_\_\_

¿Su problema se ha estado mejorando, empeorando, o se ha quedado igual? \_\_\_\_\_

¿Cuáles actividades agravan su dolor? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna operación u hospitalización? \_\_\_\_\_ Si sí, ¿Dónde y cuándo?: \_\_\_\_\_

Por favor enliste otras lastimaduras que todavía no ha mencionado : \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier medicamento/receta que esté tomando ahorita:  Aspirina/Tylenol  Med. para el dolor  Relajantes para los músculos

Insulina  Tranquilizadores  Pastillas anticonceptivas  Otras \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido un accidente automovilístico en los últimos doce meses?  Sí  No Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Seguro médico \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Domicilio del seguro \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_

Seguro médico de su esposo(a) \_\_\_\_\_ Nombre de asegurado \_\_\_\_\_

Domicilio del seguro \_\_\_\_\_ Numero de la póliza \_\_\_\_\_

La escala de abajo está diseñada para medir el grado en el que varios aspectos de su vida están siendo interrumpidos por su mala condición de salud (Dolores, molestias de la espina dorsal, musculares, nerviosas, u otros síntomas que esté experimentando). En otras palabras, queremos saber cuánto le están afectando sus síntomas en sus actividades del diario, que no puede hacer o qué no puede hacer muy bien debido a estas molestias. Por favor responda a cada categoría, indicando el impacto total en su vida, no nada más cuando el dolor está al máximo.

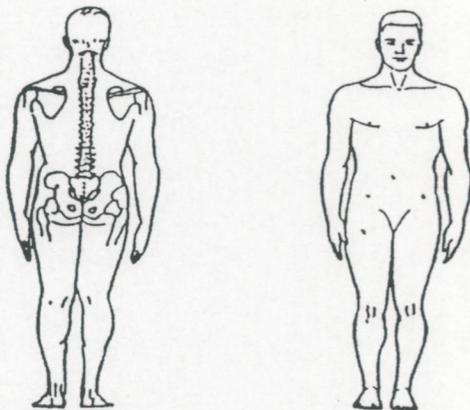
Para cada una de las actividades diarias que se encuentran abajo, por favor indique EL NUMERO QUE DESCRIBE EL NIVEL EN EL QUE PUEDE HACER LA ACTIVIDAD.

“0” significa “si lo puedo hacer sin ningún problema”, y “10” significa “no puedo hacer mis quehaceres regulares porque el dolor es muy severo. Esto interrumpe mi vida significativamente”.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Puedo hacer todos mi quehaceres sin ningún problema								No puedo hacer nada/ El dolor me interrumpe mis actividades diarias		

1. **FAMILIA/QUEHACERES DE LA CASA:** Actividades relacionadas con la casa o la familia, incluyendo quehaceres físicos hechos en casa. (trabajo del jardín, lavar trastes, favores para los familiares, llevar (manejando) a los niños a la escuela, etc) \_\_\_\_\_
2. **RECREACION:** Pasatiempos, deportes y otras actividades de descanso o recreativas. \_\_\_\_\_
3. **ACTIVIDAD SOCIAL:** Actividades en las que se requieren participación con amistades o familiares incluyendo fiestas, cine, conciertos, comer fuera, u otras funciones sociales. \_\_\_\_\_
4. **OCUPACION:** Actividades que son directamente relacionadas con el trabajo, incluyendo trabajos sin paga y trabajos voluntarios o del hogar. \_\_\_\_\_
5. **CUIDADO PROPIO:** Actividades que requieren mantenimiento personal como bañarse, manejar un coche, y vestirse. \_\_\_\_\_
6. **ACTIVIDADES DE SOBREVIVENCIA:** Actividades como comer, dormir o respirar. \_\_\_\_\_

Si usted está experimentando algunos problemas de salud, por favor marque el lugar exacto en el dibujo de abajo. También indique el tipo y la frecuencia del dolor que siente. Por ejemplo, un dolor agudo, piquete, constante, de vez en cuando, al caminar, estar sentado, estar parado, etc.



Método de pago por los cargos de esta visita:  EN EFECTIVO  CHEQUE  TARJETA DE CREDITO  OTRO \_\_\_\_\_

NOTICIA: NO TODOS LOS PACIENTES REQUIEREN RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE REQUIEREN O CUANTO VA A DURAR EL TRATAMIENTO. SI SU EXAMEN REQUIERE UN ANALISIS DE RADIOGRAFÍAS, LO SIGUIENTE SE TIENE QUE HACER:

1. Todos los cargos de la primera visita se tienen que pagar el día que se prestó el servicio.
2. El pago de las radiografías es para analizarlas. La Ley del Estado de California requiere que nosotros nos quedemos con sus radiografías. Son la propiedad de esta clínica. Las radiografías se pueden prestar a otra institución nada más con la autorización de ésta clínica por medio de una solicitud y permiso escrito.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_