

SUNSHINE CHIROPRACTIC CENTER

3436 N. ANDREWS AVE.
954-390-0818

OAKLAND PARK, FL. 330309
ms.chiro@mindspring.com

DRA. BETH COOPER
www.sunshinechiro.com

**¡ BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA: UD ES MUY ESPECIAL Y LES
DAMOS LAS GRACIAS POR SU CONFIANZA!**

FECHA _____

NO. DE EXPEDIENTE _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

.....

1. Nombre (apellido, segundo nombre) _____
2. Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) _____

3. Teléfono: _____
4. Nombre y dirección de empresa que le emplea _____

5. Teléfono del trabajo _____
6. Fecha de nacimiento _____
7. Su edad _____
8. No. de Seguro Social: _____
9. Masculino Femenina
10. Casado Soltero
- Nombre de esposo(a) _____
11. Número de niños _____
12. ¿Es posible que esta embarazada? Sí No
13. ¿Referido por? _____
14. Dirección de correo electrónico _____
14. Describa su problema (¿cómo y cuando cree que empezó?) _____

15. ¿Ha tenido un diagnóstico previo? Sí No Qué _____
16. ¿Ha tenido otros problemas diagnosticados? _____
17. ¿Ha tenido cuidado quiropráctico? Sí No
¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____
18. ¿Tiene seguro médico? Sí No Compañía _____
19. Su visita se debe a: para bienestar personal daño físico debido al trabajo accidente de auto
20. ¿Ha tenido caídas, accidentes de auto o heridas? sí no
¿Cuándo? _____ Tipo de accidente _____ Describe _____
21. Describa el tipo de cirugía que ha tenido (cuándo y qué tipo) _____
22. Lista de medicamentos y la razón de tomarlos: _____

Otro lado por favor

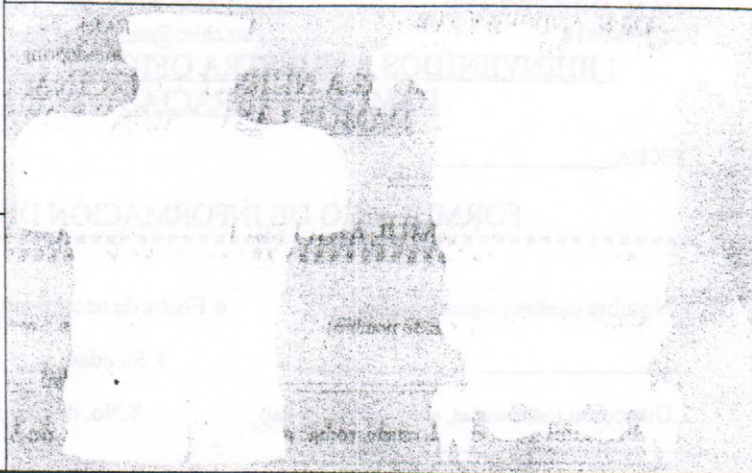
Marque la intensidad de dolor que siente hoy
 1--- No siente dolor
 10--- Lo más intenso que ha sentido

Ejemplo Cuello

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	3	4	5	6	7	8	10
3	1	2	3	4	5	6	7	8	10

Favor de marcar área y el tipo de dolor en la figura dibujadas abajo

E---entumecido
 H---hormigueo
 D---Dolor
 R---Rigidez



PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE

Nunca Previamente Actualmente	Síntomas Generales	Nunca Previamente Actualmente	Gastrointestinal	Nunca Previamente Actualmente	Ojos/ Oídos/ Nariz/ Garganta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	995.3 Alérgico (a qué)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	787.3 Problemas del colon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	493.9 Asma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	491 Bronquitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	558.9 Diarrea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	389.9 Sordera
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	780.9 Escalofríos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	787.0 Vómitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	478.1 Obstrucción nasal
Nunca Previamente Actualmente	Músculos y Articulaciones	Nunca Previamente Actualmente	Cardiovascular	Nunca Previamente Actualmente	Piel o Alergias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	724.5 Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	401.9 Presión alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	368.9 Erupciones de la piel
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	719.7 Problemas de los pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	458.9 Presión baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	701.1 Piel seca
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	560.0 Hernia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	786.51 Dolor de corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	691.8 Eccema

Otros Síntomas -

Operaciones y Procedimientos Médicos	
Fecha _____ Vacunas _____ Amígdalas _____ Biliar _____ Operación de espalda _____ Otro _____	Fecha _____ Tubos en Oídos _____ Apendectomía _____ Órganos femeninos _____ Cirugía rectal _____ Otro _____
Fecha _____ Sinusitis _____ Hernia _____ Tiroides _____ Estómago _____ Otro _____	

Nunca he tenido operaciones o cirugías

Hábitos <input type="checkbox"/> Fumar Paquetes diario <input type="checkbox"/> Tomar Alcohol _____ <input type="checkbox"/> Café Tazas diarias _____	Ejercicio <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diario Tipo _____	Historia Familiar Diabetes Corazón Riñones Cáncer Espalda Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. De Hermanos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. De Hermanas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---