



**Quality Chiropractic**  
6231 Leesburg Pike • Suite 200 • Falls Church VA 22044  
(703) 237-0404 • fax (703) 237-7828

**Quality Chiropractic & Rehab**  
102 Elden Street • Suite 12 • Herndon VA 20170  
(703)581-8999 • fax (703) 481-0396

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Por favor Responda las siguientes preguntas acerca de su querella primaria**

Área de la querella: \_\_\_\_\_ Izquierda Derecha Bilateral

Cuando empezó su querella? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted esta querella anteriormente? Sí (hace cuánto tiempo) No

Que lo causo o lo re-agravo su querella/enfermedad?

Desconocido Accidente de Trabajo Accidente de Auto Lesión de Deportes Otro: \_\_\_\_\_

Has recibido tratamiento médico para esta querella? Sí No

Si, Por favor anota las fechas, tipo de tratamiento, y doctor \_\_\_\_\_

Describe su dolor: Adolorido Ardor Sordo Aguda/Afilado Tenso Palpitante Punzadas Tensión Hormigueo/Espeluznante Otro \_\_\_\_\_

Su Dolor esta: Leve Moderado Severo

Por favor Clasifique su dolor: (no dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Peor Dolor posible)

Es el dolor: Constante Frecuente Intermitente Ocasional

Siente que el dolor va de un parte del cuerpo a otro? \_\_\_\_\_

A notado algún cambio en lo siguiente desde que empezaron sus síntomas?

Función Intestinal Función de la vejiga Función Sexual Ninguna

A qué hora se empeora el dolor: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que empeora su dolor? \_\_\_\_\_

A qué hora sientes menos dolor: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que alivia su dolor? \_\_\_\_\_

Se adormece el lugar de querello? Si No Donde: \_\_\_\_\_

Tienes calambres? Si No

Donde: \_\_\_\_\_

Te sientes debilitado/a? Si No Donde: \_\_\_\_\_

Se hincha el lugar de querello? Si No Donde: \_\_\_\_\_

**Si su querello causa o incluye dolores de cabeza, por favor completa los siguiente :**

**Donde sientes el dolor de cabeza:** Enfrente Lado Atrás Sinusal (de Cabeza)

**A qué tiempo sientes más dolor:** Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

**Que a menudo ocurren:** \_\_\_\_\_ veces por : Hora Día Semana Mes

**Por favor clasifique su dolor:** (sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor insoportable)

**Que tiempo duran sus dolores de cabeza:** \_\_\_\_\_ Minutos Horas Constante

**Por favor responda los siguiente acerca de su segunda querella:**

**Área de la querella:** \_\_\_\_\_ Izquierda Derecha Bilateral

**Cuando empezó su querella?** \_\_\_\_\_

**Ha tenido usted esta querella anteriormente?** Sí (hace cuánto tiempo) No

**Que lo causo o lo re-agravo su querella/enfermedad?**

Desconocido Accidente de Trabajo Accidente de Auto Lesión de Deportes Otro: \_\_\_\_\_

**Has recibido tratamiento médico para esta querella?** Sí No

**Si, Por favor anota las fechas, tipo de tratamiento, y doctor** \_\_\_\_\_

**Describe su dolor:** Adolorido Ardor Sordo Aguda/Afilado Tenso Palpitante Punzadas Tensión Hormigueo/Espeluznante Otro \_\_\_\_\_

**Su Dolor esta:** Leve Moderado Severo

**Por favor Clasifique su dolor:** (no dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Peor Dolor posible)

**Es el dolor:** Constante Frecuente Intermitente Ocasional

**Siente que el dolor va de un parte del cuerpo a otro?** \_\_\_\_\_

**A notado algún cambio en lo siguiente desde que empezaron sus síntomas?**

Función Intestinal Función de la vejiga Función Sexual Ninguna

**A qué hora se empeora el dolor:** Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

**Que empeora su dolor?** \_\_\_\_\_

**A qué hora sientes menos dolor:** Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

**Que alivia su dolor?** \_\_\_\_\_

**Se adormece el lugar de querello?** Si No **Donde:** \_\_\_\_\_

**Tienes calambres?** Si No **Donde:** \_\_\_\_\_

**Te sientes debilitado/a?** Si No **Donde:** \_\_\_\_\_

**Se hincha el lugar de querello?** Si No **Donde:** \_\_\_\_\_

Marque los lugares en su cuerpo donde sientas la sensaciones descritos. Utilice el símbolo correspondiente a la sensación.

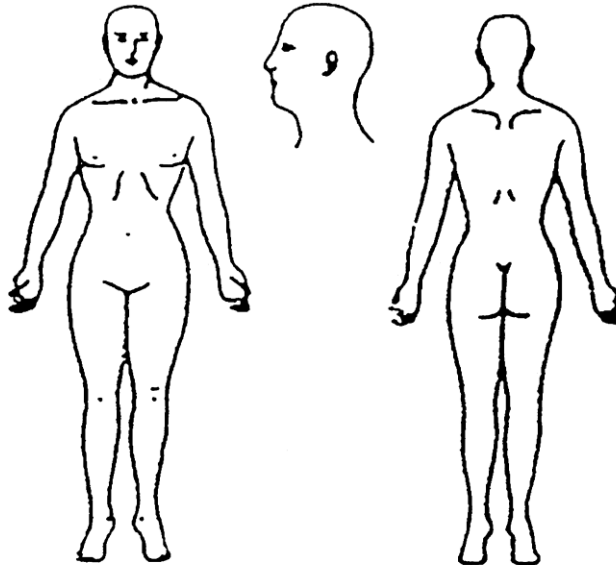
Entumecido  
-----

Hormigueo  
000000000000

Quemadura  
^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^

Dolor  
XXXXXX

Apuñalar  
////////////////



Marque con un circule todo lo que le aplique (pasado o presente):

- |  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV            | <input type="checkbox"/> Insomnio             | <input type="checkbox"/> Infecciones              | <input type="checkbox"/> Polio     |
| <input type="checkbox"/> Depresión           | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula       | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas     | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis)    | <input type="checkbox"/> Mareos                   | <input type="checkbox"/> Anemia    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Problemas de ojo o oído  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Problemas del Próstata   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer              | <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Presión Alta             |                                    |
| <input type="checkbox"/> Hernia              | <input type="checkbox"/> Problemas con riñón  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral    | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho       | <input type="checkbox"/> Subida o pérdida de peso |                                    |

Por favor completa lo siguiente respecto a sus medicinas/suplementos que usted está tomando.

Fecha que Empezó	Nombre de la Vitamina/ Medicina	Prescrita Por

**Por favor anota todas las alergias que usted tiene**

<b>Alergia</b>	<b>Reaccion</b>

**Por favor anota todas las cirugías que has tenido**

<b>Fecha (Aproximadamente)</b>	<b>Cirugía</b>	<b>Centro de cirugía</b>

**Por favor anota todas las hospitalizaciones que has tenido**

<b>Fecha (Aproximadamente)</b>	<b>Razón</b>	<b>Hospital</b>

**Por favor anota toda su historia familiar.**

<b>Relación</b>	<b>Historia</b>	<b>Falleció Si/No</b>	<b>Causa de Muerte</b>
<b>Padre</b>			
<b>Madre</b>			
<b>Hermanos</b>			
<b>Hermanas</b>			
<b>Hijos</b>			
<b>Abuelos Paternales</b>			
<b>Abuelos Maternales</b>			

**Con quien vive actualmente:** Solo Esposo(a) Esposo (a) /Hijos (# ) Otro

**Fumas?:** Actualmente Ex -Fumador Nunca

**Consumo de Alcohol:** Nunca Casual Moderado Severo

**Consumo de Cafeína:** Nunca <3/días 3 a 6/días >6/días

**Drogas Recreacionales:** Nunca Usuario Recreacional Adicto

**Frecuencia de Ejercicio:** Nada a Diario 3-6x/semanal 1-2x/semanal

**Tipo de Ejercicio:** \_\_\_\_\_

**Esta usted actualmente en:** En la Escuela Trabajando (Tiempo completo, o tiempo medio )  
Desempleado Retirado

**Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_

**Cuanto tiempo has trabajado para este trabajo actual?** \_\_\_\_\_

**Actualmente tiene usted un doctor Primario?** Sí No

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_

**Ha ido a un Quiropráctico antes de esta visita?** Sí No

**Fecha de su última Ajuste Quiropactico:** \_\_\_\_\_

**Mujeres:**

**Está usted Embarazada?** Sí No

**Última Fecha de su Periodo Menstrual:** \_\_\_\_\_

*Para lo mejor de mi conocimiento, toda la información esta complete y correcta.*

**Firma:** \_\_\_\_\_

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