

NOMBRE _____

FECHA _____

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su dolor primario:

Área del dolor/molestia: _____ Izquierda Derecha Bilateral

Cuando empezó su dolor/molestia? _____

Ha tenido usted este dolor/molestia anteriormente? Sí (hace cuánto tiempo) No

Que causo o re-agravo su dolor/molestia?

Desconocido Accidente de Trabajo Accidente de Auto Lesión de Deportes Otro: _____

A recibido tratamiento médico para este dolor/molestia? Sí No

Si, Por favor liste las fechas, tipo de tratamiento, y doctor _____

Describa su dolor: Adolorido Ardor Sordo Afilado Tieso Punzante Apuñalar Presión Hormigueo Otro

Su Dolor es: 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 irradia para otra parte de su cuerpo? _____

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

Función Intestinal Función de la vejiga Función Sexual Ninguna

A qué tiempo del día empeora el dolor: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que hace empeorar su dolor? _____

A qué tiempo del día mejora el dolor?: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que alivia su dolor? _____

Tiene adormecimiento en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene acalambramientos en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene debilidad en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene hinchazón en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Si su dolor/molestia envuelve dolores de cabeza, por favor complete lo siguiente:

Donde se encuentra el dolor de cabeza: Enfrente Lado Atrás Sinusal

A qué tiempo del día siente más dolor?: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que tan a menudo ocurren: _____ veces por: Hora Día Semana Mes

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

Cuánto dura su dolor de cabeza: _____ Minutos Horas Constante

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su dolor secundario:

Área del dolor/molestia: _____ Izquierda Derecha Bilateral

Cuando empezó su dolor/molestia? _____

Ha tenido usted este dolor/molestia anteriormente? Sí (hace cuánto tiempo) No

Que causo o re-agravo su dolor/molestia?

Desconocido Accidente de Trabajo Accidente de Auto Lesión de Deportes Otro: _____

A recibido tratamiento médico para este dolor/molestia? Sí No

Si, Por favor liste las fechas, tipo de tratamiento, y doctor _____

Describa su dolor: Adolorido Ardor Sordo Afilado Tieso Punzante Apuñalar Presión Hormigueo Otro

Su Dolor es: 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 irradia para otra parte de su cuerpo? _____

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

Función Intestinal Función de la vejiga Función Sexual Ninguna

A qué tiempo del día empeora el dolor: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que hace empeorar su dolor? _____

A qué tiempo del día mejora el dolor? Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que alivia su dolor? _____

Tiene adormecimiento en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene acalambramientos en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene debilidad en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Tiene hinchazón en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: _____

Marque los lugares donde sientes la sensaciones descritos. (Utilice el símbolo correspondiente a la sensación).

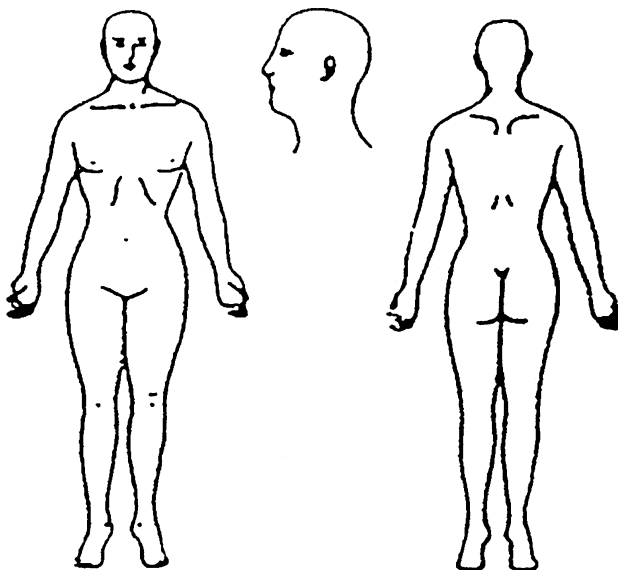
Adormecimiento

Hormigueo
oooooooooooo

Ardor
^^^^^^

Dolor
XXXXX

Apuñalar
////////////////



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

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

Por favor liste todas las medicinas/suplementos que usted está tomando actualmente. (Si no está tomando medicinas/suplementos, escriba N/A)

Fecha que Empezó (Aproximadamente)	Nombre de la Vitamina/ Medicina	Prescrita por

Por favor liste todas las alergias que usted tenga (Si no tiene alergia, escriba N/A)

Alergia	Reacción

Por favor liste todas las cirugías que haya tenido (Si no tuvo ninguna, escriba N/A)

Fecha (Aproximadamente)	Cirugía	Lugar de cirugía

Por favor liste todas las hospitalizaciones que haya tenido Usted puede excluir hospitalizaciones si están relacionadas con cirugías que haya listado anteriormente. (Si no tuvo ninguna, escriba N/A)

Fecha (Aproximadamente)	Razón	Hospital

Por favor liste toda historia médica de su familia.

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

Con quien vive actualmente:	Solo	Esposo(a)	Esposo (a) /Hijos (#)	Otro
Estatus de Fumador:	Nunca	Actual Fumador	Ex -Fumador	
Consumo de Alcohol:	Nunca	Casual	Moderado	Severo
Consumo de Cafeína:	Nunca	menos de 3días	3 a 6/días	mas de 6días
Drogas Recreacionales:	Nunca	Recreacional	Adicto	
Frecuencia de Ejercicio:	Nada	a Diario	1-2x/semanal	3-6x/semanal
Tipo de Ejercicio realiza:	_____			

Esta usted Actualmente en: En la Escuela Trabajando (Tiempo completo - Tiempo medio)
 Desempleado Retirado

Cuál es su ocupación? _____

Cuanto tiempo está trabajando en su trabajo actual?_____

Actualmente tiene usted un doctor de cabecera? **Sí** **No**

Nombre del Doctor: _____

Ha ido a un Quiropráctico anteriormente? **Sí** **No**

Fecha de su último Ajuste Quiropráctico: _____

MUJERES:

Para nuestro mejor conocimiento, está usted Embarazada? **Sí** **No**

Última Fecha de su Periodo Menstrual: _____

Para lo mejor de mi conocimiento, toda la información está completa y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____