

FORMULARIO DE PACIENTES *adultos*

Información confidencial del paciente

Nombre:	Apellido/s:	Fecha:
# Seguro social:	Fecha de nac.:	Sexo:
Profesión:	¿Cuántos hijos tiene?	Estado civil:
Domicilio:	Estatura:	
Ciudad, estado, código postal:	Peso:	
Correo electrónico:	Teléfono celular:	Otro número de teléfono:
Contacto en caso de emergencia / Relación:	Número del contacto de emergencia:	
¿Cómo conoció de nosotros?		
¿Quién es su médico de cabecera?		
¿Cuál fue la fecha y razón de su última visita médica?		
¿Está recibiendo tratamiento de otro profesional de la salud? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor indique su nombre y especialidad:		
Por favor, anote cualquier antecedente médico familiar significativo:		

Problemas actuales de salud

¿Qué problema de salud motivó su visita?

Por favor marque las áreas donde está padeciendo dolor o molestia.

X= Problema actual; O= Problema pasado

¿Ha recibido atención por este problema antes? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

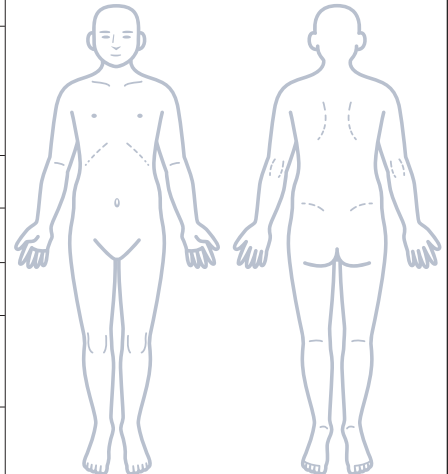
¿Cuándo comenzó el problema?

¿Cómo comenzó el problema? ☐ Repentinamente ☐ Gradualmente ☐ Posesión

Este problema es/está ☐ Empeorando ☐ Mejorando ☐ Intermitente ☐ Constante ☐ No sabría decir

¿Qué le mejora el problema?

¿Qué le empeora el problema?



Sus objetivos de salud

¿Cuáles son sus tres objetivos principales de salud?

1.

2.

3.

Antecedente quiropráctico

¿Qué le gustaría lograr por medio del cuidado quiropráctico? ☐ Solucionar problemas actuales ☐ Bienestar general ☐ Ambos

¿Ha visitado a un quiropráctico antes? ☐ Sí ☐ No – Si es así, ¿cuál es su nombre?

– ¿Cuál es su especialidad? ☐ Alivio del dolor ☐ Fisioterapia y rehabilitación ☐ Nutrición ☐ Subluxaciones (desviaciones de las vértebras) ☐ Otra

¿Tiene alguna preocupación por la salud de otros familiares hoy?

TRAUMAS: ANTECEDENTE DE LESIÓN FÍSICA

¿Ha sufrido caídas significativas, cirugías u otras lesiones en su adultez? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Alguna lesión notable de la infancia? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor explique:

¿Deportes juveniles o universitarios? ☐ Sí ☐ No – Si es así, anote las lesiones graves:

¿Algún accidente en el pasado? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor explique:

¿Con qué frecuencia hace ejercicio? ☐ Ninguna ☐ 1-3 veces por semana ☐ 4-6 veces por semana ☐ Diariamente

– ¿Qué tipos de ejercicios?

¿Cómo acostumbra a dormir? ☐ Boca arriba ☐ De lado ☐ Boca abajo ¿Cómo se siente al levantarse? ☐ Refrescado y listo ☐ Cansado y adolorido

¿Viaja al trabajo? ☐ Sí ☐ No – Si es así, ¿cuántos minutos al día?

Anote cualquier problema de flexibilidad (p. ej., al ponerse los zapatos / los calcetines, etc.):

¿Cuántas horas al día acostumbra a pasar sentado detrás de un escritorio?

¿En una computadora, tableta o teléfono?

LAS TOXINAS: EXPOSICIÓN QUÍMICA Y AMBIENTAL

Por favor, califique su consumo para cada uno:

	Ninguno		Moderado		Alto		Ninguno		Moderado		Alto
Alcohol	①	②	③	④	⑤	Comidas procesadas	①	②	③	④	⑤
Agua	①	②	③	④	⑤	Edulcorantes artificiales	①	②	③	④	⑤
Azúcar	①	②	③	④	⑤	Bebidas azucaradas	①	②	③	④	⑤
Lácteos	①	②	③	④	⑤	Cigarrillos	①	②	③	④	⑤
Gluten	①	②	③	④	⑤	Drogas recreativas	①	②	③	④	⑤

Por favor, anote las drogas / medicamentos / vitaminas / hierbas u otros suplementos que esté tomando y por qué:

LOS PENSAMIENTOS: EL ESTRÉS Y LOS DESAFÍOS EMOCIONALES

Por favor, califique su nivel de estrés en cada uno:

	Ninguno		Moderado		Alto		Ninguno		Moderado		Alto
El hogar	①	②	③	④	⑤	El dinero	①	②	③	④	⑤
El trabajo	①	②	③	④	⑤	La salud	①	②	③	④	⑤
La vida	①	②	③	④	⑤	La familia	①	②	③	④	⑤

Reconocimiento y autorización

Firma del paciente:

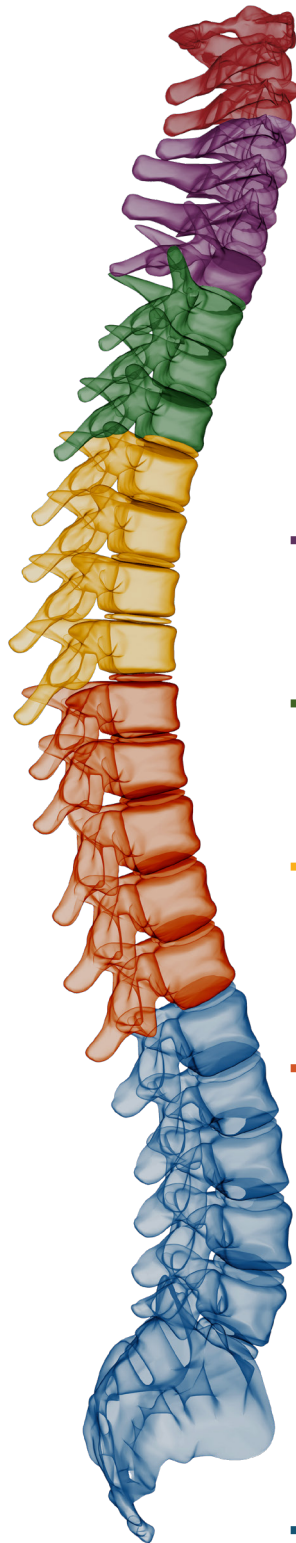
Fecha:

Dr. T.J. Osborne | Discover Chiropractic
1305C N. Bascom Ave, San Jose, CA | (408) 985-1111
info@drtjosborne.com | www.drtjosborne.com

Evaluación de síntomas del paciente

EL SISTEMA NERVIOSO CONTROLA Y COORDINA TODOS LOS ÓRGANOS Y LAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO HUMANO

Por favor, marque las casillas correspondientes de cada síntoma o problema que padece (incluyendo el pasado y el presente).



ÁREAS	FUNCIONES	SÍNTOMAS			
		PASADO	PRESENTE	PASADO	PRESENTE
Cervical	• Sistema nervioso autónomo	☐	☐	☐	☐
	• Sistema ORL (oídos, nariz, garganta)	☐	☐	☐	☐
	• Visión, equilibrio y coordinación	☐	☐	☐	☐
	• El habla	☐	☐	☐	☐
	• Sistema inmunológico	☐	☐	☐	☐
	• Aparato digestivo	☐	☐	☐	☐
	• Inervación a los hombros, brazos y manos	☐	☐	☐	☐
	• Núcleo simpático	☐	☐	☐	☐
	• Metabolismo	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐
Torácica superior	• Tubo digestivo alto	☐	☐	☐	☐
	• Aparato respiratorio	☐	☐	☐	☐
	• Función cardíaca	☐	☐	☐	☐
Torácica media	• Control de digestión	☐	☐	☐	☐
	• Desintoxicación e inmunidad	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
Torácica inferior	• Reacción al estrés	☐	☐	☐	☐
	• Filtración y eliminación renal	☐	☐	☐	☐
	• Estómago y digestión	☐	☐	☐	☐
	• Regulación hormonal	☐	☐	☐	☐
Lumbar, Sacro y Pelvis	• Tubo digestivo bajo (absorción y motilidad)	☐	☐	☐	☐
	• Sistema inmunitario intestinal	☐	☐	☐	☐
	• Regulación hormonal reproductiva	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐

Nombre del paciente:

Fecha: