

# 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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No<br>– 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:

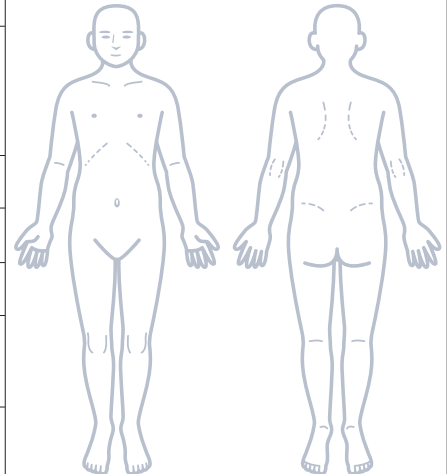
¿Cuándo comenzó el problema?

¿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

Nombre del paciente:

Fecha:

## Experiencia de parto previo

¿Es este su primer embarazo? ☐ Sí ☐ No

– Si no es así, por favor díganos sobre su/s experiencia/s previa/s de embarazo o parto:

¿Tiene previsto seguir el mismo plan de parto anterior? ☐ Sí ☐ No

– Si no es así, ¿qué le gustaría cambiar?

## Concepción y comienzo del embarazo

¿Cuál es su fecha calculada de parto?

¿Ha tenido dificultad para concebir? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Ha utilizado algún tipo de anticonceptivos hormonales u orales? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, ¿cuáles y por cuánto tiempo?

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?

¿Cuál era su peso antes del embarazo? – ¿Cuál es su peso actual?

¿Ha padecido de náuseas de embarazo? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

## Problemas de salud actual

¿Cuáles tipos de ejercicios hace actualmente?

Por favor, cuéntenos sobre su dieta actual y sus restricciones alimentarias.

¿Ha tomado algún medicamento o suplemento durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Se ha resbalado, caído o padecido de algún trauma físico en el embarazo? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Alguna vez ha sufrido de graves factores de estrés emocional durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

## Su plan de parto

¿Cuáles son sus tres objetivos principales para este embarazo?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Tiene un plan de parto actualmente? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Está tomando cursos pre-parto o de preparación al parto? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Quién es su gineco-obstetra o comadrona?

– ¿Estará presente en el parto? ☐ Sí ☐ No

¿Quién le atiende en el parto?

¿Tiene la intención de tener presente una doula o un asistente de parto? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Desea tener un pre-parto y parto natural? ☐ Sí ☐ No

– Si no es así, ¿cuáles preocupaciones tiene?

## Su plan posparto

¿Piensa amamantar a su hijo? ☐ Sí ☐ No

¿Qué piensa hacer con relación a las vacunas?

¿Hay algo más que le gustaría contarnos sobre su embarazo o plan de parto?

¿Qué le gustaría lograr con el cuidado quiropráctico durante el embarazo?

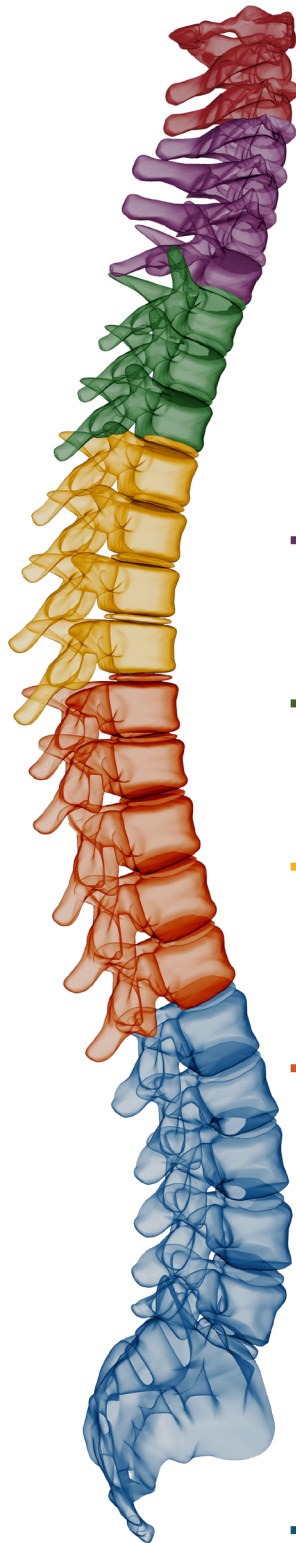
¿Tiene alguna inquietud que le gustaría preguntar hoy?

**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<br>PRESENTE                                                                                        | PASADO<br>PRESENTE                                                                                           |                                                                                                 |
| Cervical               | • Sistema nervioso autónomo                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cólicos y llantos excesivos                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia y convulsiones                      |
|                        | • Sistema ORL (oídos, nariz, garganta)        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infecciones de los oídos y sinusitis                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultades sensoriales y espectro autista   |
|                        | • Visión, equilibrio y coordinación           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias y congestión                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TDA / TDAH                                    |
|                        | • El habla                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de concentración y memoria          |
|                        | • Sistema inmunológico                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza y migrañas                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad y estrés                             |
|                        | • Aparato digestivo                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vértigo y mareos                                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Equilibrio y coordinación                     |
|                        | • Inervación a los hombros, brazos y manos    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de garganta y estreptococo                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del habla                           |
|                        | • Núcleo simpático                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación de las amígdalas y adenoides                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATM / dolor en la mandíbula                   |
|                        | • Metabolismo                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de visión y audición                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rigidez de cuello y hombros                   |
|                        |                                               |                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de energía y fatiga                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión                                     |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad al dormir                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial                                      |                                                                                                 |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor, adormecimiento y hormigueo en los brazos y manos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metabolismo y control de peso deficientes                  |                                                                                                 |
| Torácica superior      | • Tubo digestivo alto                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo de ácido gástrico / ERGE                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronquitis y neumonía                         |
|                        | • Aparato respiratorio                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resfriados y tos prolongados                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas funcionales            |
|                        | • Función cardíaca                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma                                                       |                                                                                                 |
| Torácica media         | • Control de digestión                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas / dolor de la vesícula biliar                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastritis y acidez                            |
|                        | • Desintoxicación e inmunidad                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia                                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de estómago y úlceras                 |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de glucosa en la sangre             |
| Torácica inferior      | • Reacción al estrés                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias y eccema                             |
|                        | • Filtración y eliminación renal              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hiperactividad                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la piel / erupción               |
|                        | • Estómago y digestión                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga crónica                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas renales                             |
|                        | • Regulación hormonal                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrés crónico                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor gástrico e hinchazón abdominal          |
| Lumbar, Sacro y Pelvis | • Tubo digestivo bajo (absorción y motilidad) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento                                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ciática y dolor irradiado                     |
|                        | • Sistema inmunitario intestinal              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea                                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tensión de los tendones isquiotibiales        |
|                        | • Regulación hormonal reproductiva            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mojar la cama                                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discopatía degenerativa                       |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga y urinarios                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Debilidad en las piernas y calambres          |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cólicos y problemas menstruales                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Circulación deficiente y pies fríos           |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quistes y endometriosis                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla, tobillo y pie               |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infertilidad                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobillos y arcos débiles                      |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Impotencia                                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda inferior                     |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorroides                                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia a la caseína y al gluten         |
|                        |                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn, colitis y síndrome de colon irritable | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor lumbopélvico / articulación sacroilíaca |

Nombre del paciente:

Fecha: