

Pacífico Rim Centro de Salud Natural
HISTORIAL CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Nombre:

FECHA

E-Mail:

R.U.T.

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

Dirección:

Fono:

Sexo: M

F

Edad:

Estatura:

Peso:

Estado Civil: C

S

D

V

¿Quién le referió a esta consulta?:

¿Cual es el motivo principal de su consulta?

¿Durante cuanto tiempo ha sufrido esta agravación?:

¿Fecha específica en que su agravación apareció?:

¿Ha sufrido agravaciones similares en el pasado?: ¿Cuándo?

¿Que actividades producen su agravación?:

¿Que ha hecho hasta la fecha para tratar su agravación?:

¿Ha visto algún médico en referencia a esta agravación? S N

¿Ha recibido alguna vez un tratamiento quiropráctico? S N ¿Donde/Con Quién?

¿Ha realizado otros tipos de trabajo corporal? S N ¿Cuales?

¿Sufre alguna otra agravación?:

¿Que nivel de satisfacción siente con su actual estado de salud?

TRAUMA FISICA GENERAL

Favor de indicar cualquier situación de estrés o lesión a la columna vertical durante su vida:

Quiebre de huesos caidas en adolescencia caidas por escalera caidas en escarcha
lesiones deportivas peleas físicas abuso físico servicio militar uso de muletas
uso de andador uso de bastón trabajo ortopédico soportes de calzado
trabajo dental extensivo pérdidas de conocimiento

Favor de indicar con comentarios y detalles lo señalado:

ESTRES COTIDIANO

Durante el día, Yo:

Me quedo en la cama estoy sentado/a estoy parado/a camino
hago trabajo mecánico trabajo de escritorio levanto cosas pesadas
hago lo menos posible

Hago Ejercicio: Todos los días Semanalente Mensualmente No hago ejercicio

¿Que tipo de ejercicio realiza?:

¿Toca algún instrumento musical? S N ¿Cual o cuales?

¿Cual es su posición normal para dormir? de Espalda de Lado de Guata Todas

¿Cuántas almohadas usa? ¿Cuántas horas duerme promedio por noche?

¿Cuántas tapaduras de plata/mercurio tiene? ¿Tiene dentadura postiza?

¿Tiene frenillos o puentes?

ACIDENTES VEHICULARES

¿Ha sufrido (*incluso si cree que no haya sido lesionado/a*) algún accidente automovilístico?:

Indique la fecha(s) aproximada del accidente(s)

Indique el grado del impacto del peor accidente (5 siendo el más severo) 5 4 3 2 1

¿Que tipo de tratamiento recibí para sus lesiones?

Indique cualquier otro dato o detalle relevante:

TRAUMA MEDICA

¿Ha sido alguna vez hospitalizada?: S N ¿Le practicaron alguna cirugía? S N

¿De que consistió la cirugía?

¿Posee todos sus miembros corporales?

¿Se ha realizado algunos de los siguientes tratamientos?:

Perforación/Pinchazo Lumbar

Fisioterapia

Implantes de Calzado

Cuello Ortopédico MRI/Escaner

Tracción

Soporte Ortopédico Lumbar

Levantamiento de Talón

Pruebas de Sangre

Rayos-X Extensivos

Indique por que se le practicó los tratamientos señalados:

INDIQUE LAS ARAS DE SU CUERPO DONDE ACTUALMENTE SIENTE LAS SINTOMAS. FAVOR DE USAR LA SIGUIENTE SIMBOLOGIA

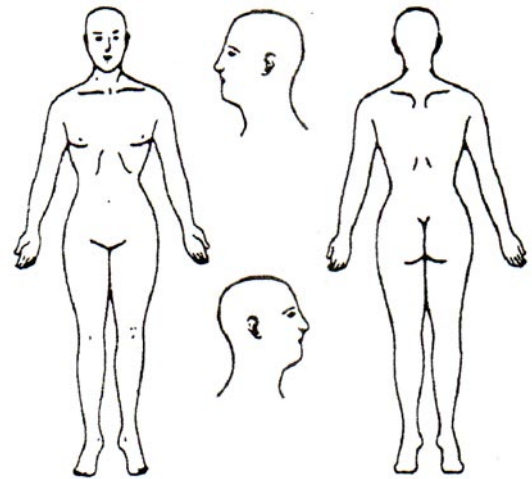
Pérdida de Sensibilidad: 000

Sensibilidad: +++

Dolor Constante: * * *

Pulsaciones Constantes: XXX

Punzadas Agudas: ///



Dra. Ann Mic
Quiropráctica

¿Usted padece alguna de las siguientes molestias?

Dolor de Cuello

Dolor de Espalda

Dolor de Cabeza

Mareos

Cambios de Animo

Distracción

Fatiga

Problemas de Piel

Dolor de Brazo

Brazo Adormecido

Dolor de Pierna

Pierna Adormecida

Resfrios Frecuentes

Artritis

Diabetes

Alergias

Asma

Problemas de Corazón

Debilidad

Sarpullido/infección de la Piel

Mal Aliento

Insomnia

Problemas del Tyroide

Problemas de Digestión

Congelamiento

Dolores de Pecho

Problemas de Riñon

Problemas de Vejiga

Infecciones Frecuentes

Dificultades Menstruales

Favor de indicar cualquier comentario con respecto a lo anteriormente señalado:

Historia Familiar

¿Su familia tiene historia de lo siguiente?:

Enfermedades Coronarias Diabetes Artritis Problemas Emocionales/Mentales
Cancer

Favor de explicar:

Estrés Químico

¿Usted toma algún medicamento de receta o libre venta?: S N

Indique cuales y con que propósito:

¿Usted ha sido inmunizado/a? S N ¿Ha recibido una transfusión de sangre? S N

¿Trabaja durante largos periodos con lo siguiente?:

Químicos Vapores Tóxicos Polvo Tierra Pintura Humo

Favor de explicar:

¿Usted fuma? S N ¿Cuántos cigarrillos/día?

¿Si no fuma ahora, alguna vez fumaba? S N ¿Hace cuánto que dejó de fumar?

Dieta Diaria

¿Usted practica alguna dieta en particular?:

Favor de señalar los elementos que componen su dieta cotidiana:

carnes rojas alcohol pollo Quisabore artificiales endulzantes artificiales
pasta lacteos pescado granos enteros comida procesada ensaladas
frutas bebidas agua azucar refinado café dulces postres
comida chatarra verduras y legumbres

Incluya cualquier comentario e indique si toma algún suplemento nutricional:

Estrés Emocional

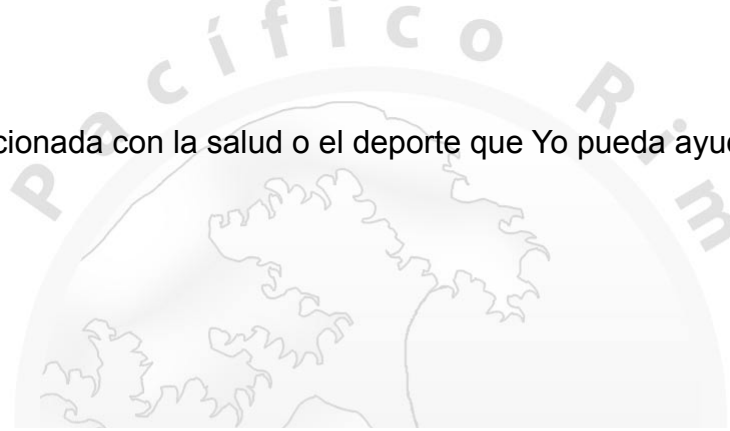
Indique cualquier factor de estrés emocional que le esté afectando:

Problemas Familiares Pasados	Problemas Familiares Actuales	Cambio de Trabajo
Cambio de Estado Matrimonial	Otras Relaciones	Cambio de Residencia
Enfermedad Crónica/Frecuente	Cambio en Nivel de Actividad Física	
Estrés Laboral	Cambios de Sueño	Estrés Económico
Demasiadas Actividades/Responsabilidades	Falta de Tiempo Libre/Personal	
Sensación de Estar Perdido/a	Depresión	

¿Cual es su método de recordar información nueva? Verla Escucharla Hacerla

¿Hay alguna otra cosa que me pueda contar que me ayude a entenderlo/la mejor?

¿Tiene alguna meta relacionada con la salud o el deporte que Yo pueda ayudarle a alcanzar?



Mujeres:

¿Cuántos hijos tiene? M F ¿Sus edades?

¿Tuvo alguna complicación en el embarazo y/o parto? Si No En el caso de que sí, ¿cual fue la complicación?

¿Ha entrado o pasado la menopausia? Si No

¿Sufre de cambios hormonales? Si No

De la siguiente lista, indique las síntomas que le correspondan:

PMS	Insomnia	Hinchazones	Ansiedad	Sudor de Noche
Bochornos	Cambios Emocionales		Irritabilidad	Depresión
Hipoglicemia	Cambios de nivel de azucar		Enojos	Cansancio