



FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Números Telefónicos Casa: () _____ Personal: () _____

Correo Electrónico: _____

Sexo (circule): F M O Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Empleo: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: () _____

Estado Civil (circule): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre del Esposo(a): _____ Teléfono: () _____

Molestia Principal: _____

¿Ha estado envuelto (a) en algún accidente automovilístico en los pasados 3 meses? _____

¿Ha visitado a un Quiropráctico antes? Si No Si es así ¿Cuándo? _____

¿A quién le podemos agradecer por su referido? _____

HISTORIAL DE SALUD

Por favor indique todos los síntomas que ha tenido, incluso si no parecen estar relacionados con su problema actual.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Punzadas en las piernas | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Pérdida del balance |
| <input type="checkbox"/> Punzadas en los brazos | <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Mareo/Vértigo | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Dedos adormecidos | <input type="checkbox"/> Pies adormecidos | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/Cansancio | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Manos frías | <input type="checkbox"/> Pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Calores |
| <input type="checkbox"/> Sudor frío | <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Irregularidad menstrual | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Derrames | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales | <input type="checkbox"/> Tensión de cuello | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

¿Está embarazada? Si No N/A

¿Usa productos de tabaco? Si No Si es así ¿Por cuantos años? ¿Paquetes por día? _____

Enumere las cirugías que haya tenido, incluido el año: _____

N/A o Ninguna

Enumere cualquier medicamento que esté tomando: _____

N/A o Ninguno

¿Alguien de su familia ha sido medicamente diagnosticado con alguna condición? Si es así ¿Quién? _____

N/A o Nadie

Esta oficina cumple con las pautas actuales de HIPAA. Puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción.

Escriba sus iniciales para indicar que se le ha informado de su disponibilidad: _____

Las declaraciones hechas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender y estoy de acuerdo en permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

Nombre del paciente impreso

Nombre del tutor legal impreso (si corresponde)

Firma del paciente / tutor legal

Fecha