

WELLS CHIROPRACTIC

Dr. Tobijas Wells, DC
1608 10th St, East Moline, IL 61244

Cuestionario de la salud del paciente

Firma _____ Fecha _____

1

Información del Paciente

Nombre completo _____	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino
Domicilio _____	Fecha de nacimiento/edad _____	
Cuidad/estado/código postal _____	Número de seguro social _____	
Médico familiar _____	Fecha de la última cita _____	
Empleador _____	Horas de trabajo _____	
Oficio/puesto _____	Colocado en el estado de _____	
Nombre de pareja _____	Fecha de nacimiento/edad _____	
Empleador _____	Número de seguro social _____	

2

Información para comunicarse

Números de teléfono	¿Se podrá dejar mensaje?
Celular/móvil _____	Celular/móvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Casa _____	Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Trabajo _____	Trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Quién lo recomendó? _____	

3

Información del seguro médico

¿Cómo pagará el tratamiento médico?

En efectivo/ no hay seguro médico

Seguro médico (por favor de presentar su tarjeta médica)

Accidente de auto (por favor pida las formas adicionales)

Compensación al empleado (por favor pida las formas adicionales)

4

Información actual de su condición

¿Qué problema o dolor lo hizo venir a nuestra oficina? _____

¿Cuándo y cómo empezó su problema? _____

¿Es una herida?

Sí: accidente de auto compensación del empleado Casa Otra

NO: hace poco que empezó he tenido el dolor por un tiempo tengo dolor de vez en cuando

Mi problema o mi dolor: se está empeorando más o menos igual mejorando

Describe su problema /dolor: intenso ardiente Entumecido En punzadas tiene agujetas

Causa dificultades con: Actividades de casa Actividades de trabajo Actividades recreativas

Tratamiento hasta este punto: Ningún Médico familiar terapia física

Ortopédico Quiropráctico Medicamento

Frecuencia del problema/dolor: De vez en cuando (1-25%) Ocasionalmente (26-50%)

Frecuentemente (51-75%) Constantemente (76-100%)

¿LE HAN HECHO CUALQUIER DE LOS SIGUIENTES ESTUDIOS POR EL PROBLEMA O DOLOR QUE TIENE?

MRI FECHA: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó : _____

RAYOS X FECHA: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

CT SCAN FECHA: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

NEURO/ORTO FECHA: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó _____

¿AUMENTA O DISMINUYE SU DOLOR O PROBLEMA

DURANTE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

Cargando cosas: Aumenta Disminuye Ninguno

Sentado: Aumenta Disminuye Ninguno

Haciendo ejercicio: Aumenta Disminuye Ninguno

Parado: Aumenta Disminuye Ninguno

Moviendo la cabeza: Aumenta Disminuye Ninguno

Subiendo escaleras: Aumenta Disminuye Ninguno

Agachándose adelante: Aumenta Disminuye Ninguno

Mirando arriba o abajo: Aumenta Disminuye Ninguno

Bajando las escaleras: Aumenta Disminuye Ninguno

Al mover el cuello/espalda: Aumenta Disminuye Ninguno

Levantándose de estar sentado: Aumenta Disminuye Ninguno

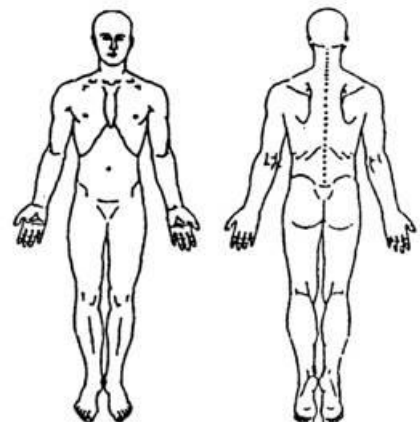
Cambiando posiciones: Aumenta Disminuye Ninguno

¿Qué tan grave es su dolor o problema?

0 = Ningún dolor Dolor intenso = 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Favor de marcar las áreas de su cuerpo donde tiene el problema o dolor



5

Historia personal de salud

Estatura: ____ Peso: ____

¿Ha recibido todas las vacunas de niñez? Sí No No sé

Su salud por lo general es:

Excelente

Muy Bien

Bien

Más o menos

Mal

ANOTA CUALQUIER INCIDENTE DONDE SE REQUIRIÓ ATENCIÓN MÉDICA (estancias en el hospital, heridas, caídas, Enfermedades):

OPERACIONES:

¿Está embarazada?

Sí

No

Fecha de aliviarse: _____

¿Tiene alergias?:

Sí

No

Tipo: _____

¿Toma vitaminas?:

Sí

No

Tipo: _____

MEDICAMENTO: _____

CUANTO: _____ RAZÓN RECETADA: _____

MEDICAMENTO: _____

CUANTO: _____ RAZÓN RECETADA : _____

MEDICAMENTO: _____

CUANTO: _____ RAZÓN RECETADA : _____

MEDICAMENTO: _____

CUANTO: _____ RAZÓN RECETADA : _____

MEDICAMENTO: _____

CUANTO: _____ RAZÓN RECETADA : _____

¿Le han hecho alguno de los siguientes estudios?

MRI Fecha: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

EKG (eco-grama) Fecha: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

EMG Fecha: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

Rayos-X Fecha: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

CT SCAN Fecha: _____ Resultados: _____ Médico quien lo ordenó: _____

Ha tenido algo de lo siguiente: Favor de notar la primera caja es notar el pasado y la segunda caja es el presente.

Pasado/ presente

pasado/presente

pasado/presente

pasado/presente

Alergias

Dolor del codo

Dolor en la espalda baja

Escoliosis

Dolor de tobillo

Fibromialgia

Dolor en la espalda

Dolor del hombro

Dolor en el brazo

Dolor de cabeza

Migrañas

Malestares de piel

Artritis

Enfermedades del corazón

MRSA

Embolia

Asma

La presión alta

Dolor del cuello

Tiroideo

Cáncer

Dolor de cadera

Osteoporosis

TMJ

Diabetes

Dolor de rodilla

Un aparto del corazón

Tuberculosis

Mareos

Dolor de la pierna

Ciática

Otra:

6

Historia social

¿Cuánto interfiere su problema o dolor con lo siguiente:

- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|
| Actividades diarias | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| Actividades del trabajo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| Actividades sociales | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| Actividades recreativas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Muchísimo |

¿Hace algo de lo siguiente?:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|
| USA TOBACCO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ paquetes p/ día | _____ años |
| BEBE ALCOHOL | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ cuánto | _____ años |
| BEBE CAFFEINE | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ cuánto | _____ años |
| USA DROGAS SOCIALES | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ cuánto | _____ años |
| BEBE REFRESCOS | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ cuánto | _____ años |
| HACE EJERCICIO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ qué tipo | _____ años |
| SIGUE UNA DIETA ESPECIAL | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> deje | _____ qué tipo | _____ años |

7

Historia de la familia

- | | | | | |
|-------------|-------------------------------|------------------------------------|------------|---------------------------------|
| Madre: | <input type="checkbox"/> Vive | <input type="checkbox"/> Fallecido | _____ Edad | _____ ¿Alguna enfermedad seria? |
| Padre: | <input type="checkbox"/> Vive | <input type="checkbox"/> Fallecido | _____ Edad | _____ ¿Alguna enfermedad seria? |
| Hermana(s): | <input type="checkbox"/> Vive | <input type="checkbox"/> Fallecido | _____ Edad | _____ ¿Alguna enfermedad seria? |
| Hermano(s): | <input type="checkbox"/> Vive | <input type="checkbox"/> Fallecido | _____ Edad | _____ ¿Alguna enfermedad seria? |

8

Cuestionario del Gobierno

- | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Estado Civil: | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> en unión libre |
| Nivel de educación: | <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Asociado | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| Origen étnico: | <input type="checkbox"/> No hispano/latino | <input type="checkbox"/> hispano/latino | | | | |
| Raza: | <input type="checkbox"/> caucásico | <input type="checkbox"/> afro-americano | <input type="checkbox"/> asiático-americano | | | |
| | <input type="checkbox"/> Indígena americano | <input type="checkbox"/> nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> nativo de Hawái | | | |
| | <input type="checkbox"/> Dos o más razas | | | | | |
| Idioma: | <input type="checkbox"/> inglés | <input type="checkbox"/> español | <input type="checkbox"/> francés | <input type="checkbox"/> alemán | <input type="checkbox"/> vietnamita | |
| (lo que se habla en casa) | <input type="checkbox"/> italiano | <input type="checkbox"/> griego | <input type="checkbox"/> tagalo | <input type="checkbox"/> mandarino | <input type="checkbox"/> cantónese | |