

# WELLS CHIROPRACTIC

Dr. Tobijas Wells, DC  
1608 10<sup>th</sup> St, East Moline, IL 61244

## Cuestionario de la salud del paciente

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 1

#### Información del Paciente

Nombre completo \_\_\_\_\_  masculino  femenino  
Domicilio \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/edad \_\_\_\_\_  
Ciudad/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: \_\_\_\_\_

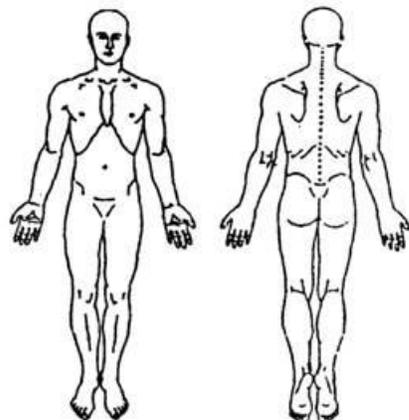
NEURO/ORTO FECHA: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ Médico quien lo ordenó \_\_\_\_\_

¿AUMENTA O DISMINUYE SU DOLOR O PROBLEMA DURANTE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

|                                |                                  |                                    |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Cargando cosas:                | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Sentado:                       | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Haciendo ejercicio:            | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Parado:                        | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Moviendo la cabeza:            | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Subiendo escaleras:            | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Agachándose adelante:          | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Mirando arriba o abajo:        | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Bajando las escaleras:         | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Al mover el cuello/espalda:    | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Levantándose de estar sentado: | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Cambiando posiciones:          | <input type="checkbox"/> Aumenta | <input type="checkbox"/> Disminuye | <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

¿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  |   |