

# REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

## 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_  
SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado  Viudo  Soltero  Menor  
 Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años  
Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_  
Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros. \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_  
¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No  
Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros. \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_  
**CESIÓN Y DIVULGACIÓN**  
Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.  
El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

## 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

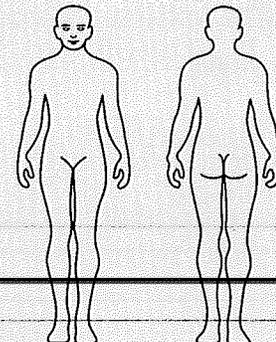
Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_  
**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON**  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente?  Sí  No Fecha \_\_\_\_\_  
Tipo de accidente  Auto  Trabajo  Hogar  Otro \_\_\_\_\_  
¿Ante quién presentó un reporte del accidente?  
 Seguro de automóvil  Empleador  Compañía de seguro laboral  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado (si corresponde) \_\_\_\_\_

## 5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita \_\_\_\_\_  
¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_  
¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva?  Sí  No  No sabe  
Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.  
Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) \_\_\_\_\_  
Tipo de dolor:  Agudo  Leve  Pulsante  Entumecimiento  Angustiante  Punzante  
 Ardor  Comezón  Calambres  Rigidez  Hinchazón  Otro \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia siente este dolor? \_\_\_\_\_  
¿Es constante o viene y se va? \_\_\_\_\_  
¿Interfiere con su  trabajo  sueño  rutina diaria  recreación  
Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar  Sentarse  Pararse  Caminar  Inclinarsse  Acostarse



# 6

## HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud?  Medicamentos  Cirugía  Fisioterapia

Servicios quiroprácticos  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud \_\_\_\_\_

Fecha del último: Examen físico \_\_\_\_\_ Rayos X de columna vertebral \_\_\_\_\_ Análisis de sangre \_\_\_\_\_

Examen de columna \_\_\_\_\_ Radiografía de tórax \_\_\_\_\_ Análisis de orina \_\_\_\_\_

Radiografía odontológica \_\_\_\_\_ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría \_\_\_\_\_

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### EJERCICIO

- Ninguno  
 Moderado  
 Diariamente  
 Intenso

### ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado  
 Permanecer parado  
 Trabajo liviano  
 Trabajo intenso

### HÁBITOS

- Fumar  
 Alcohol  
 Café/bebidas con cafeína  
 Alto nivel de estrés

Paquetes por día \_\_\_\_\_

Tragos por semana \_\_\_\_\_

Tazas por día \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada?  Sí  No Fecha de parto \_\_\_\_\_

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

# 7

## MEDICAMENTOS

## ALERGIAS

## VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nombre de la farmacia _____	_____	_____
Teléfono de la farmacia (____) _____	_____	_____