

# Bienvenido a Yen Chiropractic

## Información del Paciente

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Cómo prefiere que le digamos:  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hembra  Varón  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empleador/Negocio: \_\_\_\_\_  
¿Cómo supo de nosotros?  
 Internet  Por Correo  Letrero/Locación  
 Referido por \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

## Antecedentes Médicos

Lesiones / Cirugías que ha tenido y cuando:  
Caídas: \_\_\_\_\_  
Lesiones de Cabeza: \_\_\_\_\_  
Huesos Quebrados: \_\_\_\_\_  
Luxaciones: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

## Antecedentes Médicos

### Antecedentes Familiares:

Madre:  Espalda  Corazón  Derrame Cerebral  
 Cáncer  Diabetes  Hipertensión Arterial  
Padre:  Espalda  Corazón  Derrame Cerebral  
 Cáncer  Diabetes  Hipertensión Arterial  
Número de Hermanas: \_\_\_\_\_  
Número de Hermanos: \_\_\_\_\_  
 Espalda  Corazón  Derrame Cerebral  
 Cáncer  Diabetes  Hipertensión Arterial

### Su propia lista de condiciones:

Adicción al Alcohol / las Drogas  Hipertensión Arterial  
 Anemia  Colesterol Alto  
 Artritis  Dolor de Articulaciones/Espalda  
 Asma  Enfermedad de los Riñones  
 Trastorno Hemorrágico  Enfermedad del Hígado  
 Problemas de los Intestinos  Enfermedad de los Pulmones  
 Huesos Quebrados  Trastorno Mental  
 Cáncer  Osteoporosis  
 Cataratas  Neumonía  
 Viruela  Polio  
 Diabetes  Problemas de la Próstata  
 Enfisema  Fiebre Reumática  
 Epilepsia  ETS  
 Glaucoma  Derrame Cerebral  
 Gota  Tendencias Suicidas  
 Dolores de Cabeza  Enfermedad de la Tiroides  
 Ataques / Enfermedad del Corazón  Tuberculosis  
 Hepatitis  Ulceras  
 Otro: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

## Condición del Paciente

Razón por la Visita: \_\_\_\_\_  
¿Cuándo aparecieron los síntomas? \_\_\_\_\_  
¿La condición está empeorando de manera progresiva?  
 Sí  No  No se sabe  
Califique la severidad de su dolor del 1 (casi sin dolor) al 10 (dolor severo) \_\_\_\_\_  
¿Qué tan seguido tiene dolor? \_\_\_\_\_  
¿Es constante o viene y va? \_\_\_\_\_  
Tipo de Dolor:  Breve y Agudo  Sordo  Pulsante  Adormecimiento  Penetrante  
 Punzante  Ardor  Hormigueo  Calambres  Entumecimiento  Inflamación  
 Otro

Interfiere con su:  Trabajo  Dormir  Rutina Diaria  Recreación  
Movimientos dolorosos al:  Sentarme  Pararme  Caminar  Agacharme  Estar acostado  
Lista de Medicamentos y las razones por tomarlas abajo:

## Marque las áreas de dolor en el dibujo.

