# **Power Chiropractic**

**516 S. Dixie Hwy. West Palm Beach FL 33401**

**Ph (561) 659-6636 Fax (561) 802-3021**

**New Patient Information**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mejor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cuál #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro Social # \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor de Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Esta Usted? □ Casado/a □ Soltero/a □ Separado/a □ Divorciado/a □ Viudo/a**

**Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de el Esposo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador de el Esposo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador de los Padres si el Paciente es Menor de Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**# Seguro Social de el Padre ó Madre si el Paciente es Menor de Edad: (requerido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el Menor de Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESTUDIO DE SÍNTOMAS**

Cuál es su síntoma o que le molesta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que causo el síntoma o molestia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuando Empezo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A visto a otro doctor para este problema? □ NO □ SI, Quien? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que examenes/procedimientos le han realizado? □ X-Ray □ MRI □ Cirugía □ Hospitalización □ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido estos síntomas o molestias en el pasado? □ NO □ SI explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tratado otros tratamientos para este problema? □ NO □ SI explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se esta empeorando su problema? □ NO □ SI explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAVOR DE PROVEERNOS CON UNA COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCIR Y TARJETA DE SEGURO

* **TODOS LOS QUE LE APLIQUEN AHORA Y EN EL PASADO:**

**□** Arthritis/Gota □ Depreción □ Embarazo □ Alergias Estacional □ Convulsiónes □ Dolor del Ojo □ Mareo/Balance □ Zumbido en el oido □ Dolores Cabeza □ Visión Borrosa □ Ansiedad □ Estrés Elevado □ Miedo/Trauma □ Dolor de Cuello □ Sangrado de Encía □ Dolor de Quijada □ Problemas Digestivos

□ Fatiga Crónica □ Problema de Corazón □ Cálcolos Biliares □ Dificultad Tragando □ Prob. Tiroides □Congestión de Pecho □ Anemia □ Hipertensión □ Derrames Cerebral □ Piedras Riñon □ Interrupción del sueño.□Asma/Bronquitis □ Fracturas □ Palpitaciones Irreg □ Pancreatitis

□ Dolor espalda media □ Dolor hombro/codo □ Dolor espalda baja □ Dolor del abdomen □ Dolor mano/ muñeca

□ Dolor Tobillo/pies □ Dolor Ingle/recto □ Problemas de piel □ Nausea-Vomitos □ Estreñimiento □ Prob. Caminando □ Dolor del Pecho □ Problemas Urinarios □ HIV/SIDA □ Ciclo menstrual irregular

**HISTORIAL DE EL PACIENTE Y DE SU FAMILIA**

Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Full Time □ Part Time

Cuál es su status de Trabajo? □ Trabajando □ Baja por enfermedad □ Desempleado □ Retirado □ Discapacidad Temporal

□ Discapacidad Permanente Último día de trabajo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted Fuma? □ NO □ SI Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma alcohol? □ NO □ SI Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene historial de abuso de sustancias? □ NO □ SI Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de todas las Cirugias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos/drogas que ingiere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de todos los médicos que ha visto en los últimos 5 años?

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre □ Vivo-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerto-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre □ Viva-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerta-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hermano □ Vivo-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerto-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hermano □ Vivo-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerto-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

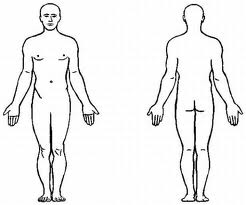
Hermana □ Viva-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerta-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hermana □ Viva-Edad? \_\_\_\_\_ □ Muerta-Causade muerte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIBUJO DE DOLOR**

**Circule la localización(es) de sus síntomas en el cuerpo. Rellene el círculo utilizando los simbolos para cada tipo de sensación(es):**

**Describa su dolor en el cuerpo:**

****

**Dolor Agudo/Lacerante XXXXX**

**Entumecimiento/dormido ++++++**

**Ardiente/Caliente ////////////**

**Dolor Pulsatil/Sordo \*\*\*\*\*\***

**Hormigueo/Cosquilleo \_\_\_\_\_\_  
 Derecho Izquierdo Derecho**

**□ Periódico □ Hormigueo □ Puñalada/Agudo □ Mientras Descansa □ Dolor Crónico □ Dolor Diario □ Dolor Profundo □ Pulsadas de Dolor □ Durante Ejercicios □ Nocturno □ Mañanero □ Otro Tipo de dolor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comienzo del Dolor: □ Repentino □ Gradual □ Traumático(caida o accidente) □ Sin causa/se levanto con dolor**

**En tasa de escala de el 1 al 10, como usted pondría su dolor hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1=Leve, 10=Intenso)**

**Que le da alivio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATESTACIÓN DE DECLARACIÓN**

Firmando mi nombre, estoy de acuerdo que he contestado las preguntas a mi mejor reconocimiento, o me las han leido y las entiendo completamente y las he contestado en relación a mi salud.

**Firma de el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de el Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**