

Collins Chiropractic
619 SW 152nd St, Burien, WA 98166 (206)242-0998

9. *¿Qué parece agravar su condición?*

Nada Toser Flexión Levantamiento Caminar Alcanzar Sentarse Estar Parado
Arrastrar Voltarse Other: _____

10. *¿Qué parece aliviar su condición?*

Nada Descansar Sentarse Estirarse Hacer Ejercicio Estar Parado Hielo Calor
Medicina Other _____

11. *¿Cómo caracterizaría usted su dolor (Por favor circulo todo lo que se aplica)?*

Ardiente Embotado Agudo Punzante Dolorido Palpitación
Otro _____

12. *¿Irradia su dolor a cualquiera de las áreas siguientes?*

Hombro Izquierdo	Hombro Derecho
Brazo Izquierdo	Brazo Derecho
Mano Izquierda	Mano Derecha
Nalga Izquierda	Nalga Derecha
Pierna Izquierda	Pierna Derecha
Pie Izquierdo	Pie Derecho

13. *¿Siente Entumecimiento e Hormigueo? Sí No De ser así, ¿dónde?*

Hombro Izquierdo	Hombro Derecho
Brazo Izquierdo	Brazo Derecho
Mano Izquierda	Mano Derecha
Nalga Izquierda	Nalga Derecha
Pierna Izquierda	Pierna Derecha
Pie Izquierdo	Pie Derecho

14. *Por favor indique la nivel de su dolor hoy por una escala de 0-10*

(0= ningún dolor y 10= el dolor peor de su vida)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. *¿A qué hora del día son peores sus síntomas?*

La Mañana La Tarde La Noche Mientras Durmiendo Mientras Despierto
Otro _____

16. *¿A qué hora del día son mejores sus síntomas?*

La Mañana La Tarde La Noche Mientras Durmiendo Mientras Despierto
Otro _____

17. *¿Cómo han estado sus síntomas ahora? Mejor Igual Peor*

Collins Chiropractic
619 SW 152nd St, Burien, WA 98166 (206)242-0998

Por favor indique la nivel de sus síntomas individualmente por una escala de 0-10, 0 siendo ningún dolor y 10 indicando postrado en cama:

Síntoma 1	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 2	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 3	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 4	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 5	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿A quién ha consultado usted para su dolor?

Nadie Quiropráctico Médico Cirujano Especialista

¿Qué pasó con su condición como resultado del tratamiento?

Resuelto No Resuelto Mejorado pero no a un Nivel Aceptable Empeorado

¿Quién es su Médico de Cuidado Primario? _____

Por favor indique cualquier alergia que tenga: _____

Historia Médica:

¿Tiene usted una historia de cualquiera de los siguientes?

Herida de Trabajo Accidente de Auto Accidente donde se resbaló y se cayó

De ser así, por favor indique las fechas aproximadas e incidentes:

1) Fecha	_____	Incidente	_____
2) Fecha	_____	Incidente	_____
3) Fecha	_____	Incidente	_____
4) Fecha	_____	Incidente	_____

¿Ha sido usted hospitalizado/a? Sí No De ser así, ¿cuándo y para qué condición?

1) Fecha	_____	Condición	_____
2) Fecha	_____	Condición	_____
3) Fecha	_____	Condición	_____
4) Fecha	_____	Condición	_____

¿Ha tenido usted cualquier cirugía? Sí No De ser así, ¿cuándo y para qué condición?

1) Fecha	_____	Cirugía	_____
2) Fecha	_____	Cirugía	_____
3) Fecha	_____	Cirugía	_____

Collins Chiropractic
619 SW 152nd St, Burien, WA 98166 (206)242-0998

4) Fecha _____ Cirugía _____

¿Tiene usted cualquier de los siguientes síntomas?

Fatiga general debilidad fiebre pérdida de sueño frialdad (continuas) cambio de peso sudores de la noche Dolores de cabeza mareo desmayo convulsiones nerviosismo
Ansiedad depresión (prolongada) fobias amnesia oscilaciones de humor
Problemas de oír toque en oídos dolor de oído descarga de oído problema de visión dolor en ojos
descarga de ojo Dolor de nariz/seno avasamiento excesivo la nariz sangra (crónico)
infecciones nasales (crónicas) ausencia de olor Llagas de boca sangría de gomas glándulas ampliadas
ausencia de sabor sensaciones de sabor anormales amigdalitis/amígdalas infectadas dificultad tragar
Intolerancia de calor/frío azúcar en orina bocio Temblores Erupción de piel
Piel encarnada sequedad de piel eczema cambios de pelo cambios de uña contusión fácilmente
Tos (crónica) resuello (crónico) respiración de dificultad extremos aumentados
extremos azules varices latido del corazón rápido dolor de pecho palpitaciones de corazón
soplo de corazón Apetito disminuido apetito aumentado dolor abdominal hemorroides
gas excesivo Vómitos excesivos diarrea excesiva estreñimiento ardor de estómago/indigestión
Problemas de próstata micción dolorosa inhabilidad de sostener orina micción frecuente
mojar la cama menstruación irregular menstruación dolorosa sangría vaginal anormal
esterilidad Impotencia masas en pecho (s) picor en pecho/pecho rojo hoyuelos en pecho(s)
descarga en pecho (s) dolor de pecho

Firma: _____ **Fecha:** _____

Y finalmente, ¡bienvenidos a nuestra oficina! Tenemos ganas de servirle a usted y proveerle con el cuidado quiropráctico de calidad más alta.