

# SPENCER FAMILY CHIROPRACTIC

## HISTORIA DE SALUD PERSONAL BIENVENIDO A NUESTRO FAMILIA

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Paciente # \_\_\_\_\_  
Domicilio Fijo \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Social \_\_\_\_\_  
Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
Estado Civil S C D V  
Nombre de esposa(a) \_\_\_\_\_ Edad de esposo(a) \_\_\_\_\_  
Nombre y edad de hijos \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
Pasatiempos \_\_\_\_\_  
Quien le referio? \_\_\_\_\_

Nombre de Chiropractors Anteriores \_\_\_\_\_  
Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_

Por quanto tiempo recibio ajustamientos \_\_\_\_\_

Razon de su visita \_\_\_\_\_

Cuales accidentes a tenido (ejemplo-bicicleta, auto, motorcyclata, deportes, resbalones/caidas)  
en el trabajo o en casa (inclue fechas) \_\_\_\_\_

E estado noqueado por un golpe \_\_\_\_\_  
Cuales fracturas y huesos quebrados a tenido (inclue fechas) \_\_\_\_\_

### **CIRUGIA:**

Cuales cirugias mayores a tenedo (inclue fechas) \_\_\_\_\_

Cuales Cirugias menores a tenedo (anginos, apendicitis, quiste/verruga eliminaciones,  
extraccion de muelas) \_\_\_\_\_

### **MEDICACION:**

Medicamentos de receta (Presente)	Medicamentos de receta (Anteriores)	Medicinas sin receta (aspirinas, pastillas para resfrios, Alimbar de tos, laxativos, etc.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### **TERAPIA:**

Estas debajo de terapia al presente?(que tipo) \_\_\_\_\_

Cual tipo de terapia a tenido anteriormente (radiacion, chemo, fisiologico, electrologia,  
etc. (inclue fechas) \_\_\_\_\_

**NACIMIENTO:**

Tipo de nacimiento (vaginal, cesarean, etc.) \_\_\_\_\_

Algunos complicaciones durante el embarazo de su madre, a durante su nacimiento? \_\_\_\_\_

Complicaciones despues de su nacimiento? \_\_\_\_\_

**SANIDAD CORRIENTE:**

Como describe su sanidad ahora? \_\_\_\_\_

Como describe la sanidad de su familia? \_\_\_\_\_

Describe su: Vista \_\_\_\_\_ Oido \_\_\_\_\_ Coordinacion \_\_\_\_\_

Se usa: Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Cafe/te \_\_\_\_\_ Cola \_\_\_\_\_ Leche \_\_\_\_\_

Que es el nivel de presion en su vida? benigno \_\_\_\_ mediano \_\_\_\_ extremo \_\_\_\_ 1 2 3 4  
5 6 7 8 9 10

Haces compras de: agua embotellada: ( ) No ( ) Si

Vitaminas ( ) No ( ) Si Comidas y productos de sanidad (organicas, etc.) ( ) No ( ) Si

**INFORMACION MONETARIO:**

Quin es responsable para la cuenta? \_\_\_\_\_

Que tipo de pago se usa? Seguro, efectivo, cheque, tarjeta de credito? \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de seguros \_\_\_\_\_

Numero de Poliza \_\_\_\_\_

**DENOTA CUALES LE A DADO DIFICULTADE**

- |                                       |                                     |                             |   |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| __ dolores de cabeza 784.0            | __ desmayos 780.2                   | __ corto de respiracion     | __ entumecido de piernas/pias 782       |
| __ dolores punzadas de cabeza 784.0   | __ equilibrio 781.2                 | __ dolor de espalda 724.1   | __ constipacion 564.0                   |
| __ sinusitis 473.9                    | __ ruido de oidos 388.3             | __ ataque de corazon 410.9  | __ desorden de renion 593.9             |
| __ perdida de sentido de olfato 781.1 | __ vista borrosa 368.0              | __ baja presion 458.9       | __ colombres menstrales                 |
| __ alergia 995.3                      | __ luz molesta la vista 368.13      | __ alta presion 401.9       | __ diabetes                             |
| __ enfermedad catarral                | __ dolor de cuello 723.1            | __ anemia 285.9             | __ problemas en dormer                  |
| __ asma 493.9                         | __ torticolis de cuello 781         | __ desorden de estomago 789 | __ coyunturas dolorosas                 |
| __ perdida de sabor 781.1             | __ rechinamiento de cuello 719.4    | __ indigestion 536.8        | __ coyunturas hinchados                 |
| __ inflamacion de garganta 462        | __ apretados de hombro/brazo 728.85 | __ gas intestinal 787.3     | __ dolores punzades en los piernas/pias |
| __ tiroideo 246.9                     | __ dolores de homro/brazos 719.4    | __ dolor de cintura 724.2   | __ tobillos inchados                    |
| __ tiron de cachete 781.0             | __ punzadas de brazo 782            | __ hernia 550.1             | __ pies frios                           |
| __ perdida de memoria                 | __ punzadas de mano 782             | __ embolio 436.0            | __ dolores de pierna/pias               |
| __ cansancio 780.7                    | __ manos frias                      | __ artritis 716.96          | __ dolores de la codera                 |
| __ depresion 311.0                    | __ entumecido en mano/brazos        | __ los ataques              | __ dolor de la cara                     |
| __ vertigos 780.4                     | __ tonsilitis                       | __ nervios/nervisidad 799.2 | __ dolor de la quijada                  |
| __ curvatura de spino dorsal 737.43   | __ prostata apuro                   | __ Tension interior 799.2   | __ ulceras                              |
| __ dolor de pecho 786.5               | __ orinacion de cama 788.3          | __ irritabilidad 799.2      |   |
| __ dolor de oido                      | __ cancer                           | __ desorden de hiel 575.9   |   |