

Historia de Salud

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____

Email: _____ Ocupacion: _____

Telefono Celular: _____

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Hijos: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Quien lo refirio a este oficina?:

Nutricion: Que comes normalmente? _____

Ejercicio: Que tipo de ejercicio haces? _____

Cuantas horas de sueno consigues? _____

En una escala de 1 – 10 describe tu nivel de estres: (1 = no estres / 10 = estres extremo) _____

Que haces para el estres? _____

Ha tenido alguna cirugia mayor? SI NO

Explica que tipo: _____

Medicacion: _____

Queja principal porque usted esta aqui hoy:

Ha consultado otro doctor para esta condicion? _____ Quien: _____

Por favor marque (✓) todos los síntomas que haya tenido en los últimos 6 meses:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Calambres |
| <input type="checkbox"/> Mareado | <input type="checkbox"/> Dolor de rodillas | <input type="checkbox"/> Entumecido |
| <input type="checkbox"/> Problemas de dormir | <input type="checkbox"/> Dolor de pies | <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Alergias | |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | |

Consentimiento Informado

Me han informado de que el cuidado quiropractico, al igual que todas las formas de atencion de las salud, tiene ciertos riesgos. Aunque el riesgo son a menudo mas minimo, en casos raros, las complicaciones tales como lesiones de esguince/distension, la irritacion de una condicion del disco, y aunque es raro, fracturas menores, y posible accidente cerebrovascular, que se produce a un ritmo de un caso cada million a uno por dos millones, se han asociado con la atencion quiropractica.

Los objetivos del tratamiento, asi como los riesgos asociados a los ajustes quiropracticos y todos los demas procedimientos proveidos en la clinica The New Health Chiropractic Center se han explicado a mi para mi satisfaccion, y he transmitado mi entendimiento de ambos para el medico. Despues de una cuidadosa consideracion, doy el consentimiento para el tratamiento por cualquier medio, metodo y tecnicas, el medico considere necesario para tratar mi condicion, en cualquier momento a lo largo de todo el curso clinic de mi cuidado.

Appointment Cancellation Policy: To enhance appointment availability, anytime you are unable to keep your appointment, we ask that you notify us in advance. If prior notification is not given, you will be charged a \$15 cancellation fee.

Firma: _____ Fecha: _____