

# TOLMAN CHIROPRACTIC

4645 S. Midland Dr. West Haven, UT 84401; Phone: 801.731.9899 Fax: 801.731.9897

Historia de salud para Pacientes nuevos

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Las sintomas son causa de Enfermedad o Dano: Accidente del trabajo, Accidente Automovil, Otro \_\_\_\_\_

Problema Principal (Por favor describa sus sintomas presentes) \_\_\_\_\_

Fecha que sus sintomas empezaron \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gradualmente De Repente Esta empeorando su condicion? Si No

Son sus sintomas constantes? Si No Va y viene Los sintomas son mayor cuando: Descansar Dormir Al Mover

Interfiere eso con: Trabajo Sueno Manejar Rutina Diaria Recreación De mañana Por la noche Otro \_\_\_\_\_

Actividades que empeoran los sintomas: Levantarse Sentarse Caminar Doblarse Acostarse Otro \_\_\_\_\_

Ha sido tratado por este problema antes?: Si No Si dijo que si, Por Quien? \_\_\_\_\_

Cual fue el tratamiento hecho o recomendado? \_\_\_\_\_

Hay algún otro problema? \_\_\_\_\_

Cual es su ocupacion? \_\_\_\_\_ Brevemente describa sus actividades diarias \_\_\_\_\_

Liste fechas y razones por operaciones o ir al hospital: \_\_\_\_\_

Liste enfermedades graves y la fecha en que pasaron: \_\_\_\_\_

Brevemente describa algun previo accidente automovil o algun otro dano incluyendo la fecha \_\_\_\_\_

Ha recibido cuidado quiropractico antes? Si No Si dijo que si, Cuando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Para que condicion \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo: Examen Fisico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Radiografia de la espina \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Otra Imagen (del cuerpo) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Examen del pecho/ Mamograma (Mujeres) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Examen de la prostata (Hombres) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ha tenido usted... una fractura del hueso? tratamiento por problemas de la columna? un implante? una hernia?

**Mujeres:** Esta embarazada? Si No fecha de la ultima regla \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o # Semanas de embarazo \_\_\_ # de partos \_\_\_

Hace ejercicio regularmente? (No relacionado al trabajo) Si No Si dijo que si, Que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Cuantas veces? \_\_\_/ Semana? Cuanto dura? \_\_\_ minutos. Cuantos vasos de agua usted toma en un dia? \_\_\_ Soda? \_\_\_

Cuantas horas duerme cada noche? \_\_\_ Descansado? Si No Duerme usted en su Estomago, Espalda, o Lado?

Usted fuma? Si No Cuantos cigarros? \_\_\_ Toma usted alcohol? Si No Si dijo que si, Cuanto: \_\_\_ por dia/semana?

Toma usted: Pastillas Relajantes? Pastillas para el dolor? Insulina? Pastillas anticonceptivas? Medicamentos sin receta?

**Medicamentos:** Haga una lista de sus medicamentos y porque razon los toma. **Vitaminas/Minerales/Hierbas:** Liste todos los suplementos y cuanto


Yo certifico que toda esta informacion es correcta a lo mejor que yo sepa . Yo no voy a culpar al doctor o a sus asociados por errores cometidos o por falta de informacion al completar esta forma.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pariente o guardian: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_