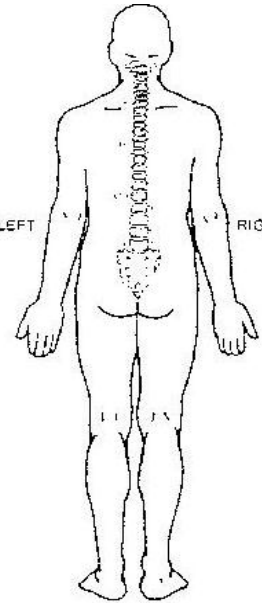


TOLMAN CHIROPRACTIC

4645 S. Midland Dr., West Haven, UT 84401

Escala de intensidad/sintomas



LEFT RIGHT

SEVERITY OF PAIN
List region of pain and circle severity number. [1 = least, 10 = greatest]

ex. Neck

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MARK PAIN AREA

+++ Burning
OOO Stabbing
--- Sharp
III Constant

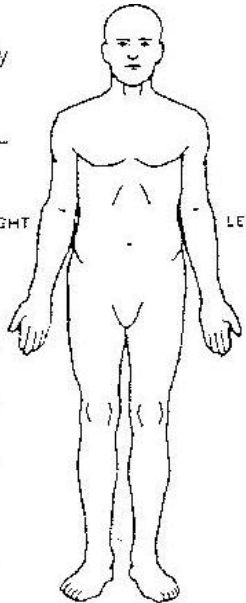
1. _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



RIGHT LEFT

Favor marque localización de los dolores en el diagrama arriba.

Alguna otra area con problemas? _____, _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor marque lo siguiente si se aplica a usted, **Pasado o Presente:**

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Pa/Pr</p> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza
<input type="checkbox"/> Dolor y Tension/Cuello
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda (medio)
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda (bajo)
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandibula
<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Tension
<input type="checkbox"/> Ser Olvidadizo
<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Alergias _____
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Inquietud
<input type="checkbox"/> Sudor en la noche
<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Palpitaciones | <p>Pa/Pr</p> <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos
<input type="checkbox"/> Problemas al dormir
<input type="checkbox"/> Perdida de memoria
<input type="checkbox"/> Dolor/Mal estomacal
<input type="checkbox"/> Falta de aire
<input type="checkbox"/> Nerviosidad/Ansiedad
<input type="checkbox"/> Dolor del Pecho
<input type="checkbox"/> Dificultad en concentrarse
<input type="checkbox"/> Mareos/Perdida de Balenzo
<input type="checkbox"/> Nausea y Vomitos
<input type="checkbox"/> Sensitividad a la luz
<input type="checkbox"/> Dolor de sinusitis
<input type="checkbox"/> Dolor/Infeccion de oidos
<input type="checkbox"/> Retencion de liquido
<input type="checkbox"/> Venas Varicosas | <p>Pa/Pr</p> <input type="checkbox"/> La cabeza se siente pesada
<input type="checkbox"/> Perdida de olfato o gusto
<input type="checkbox"/> Adormir/debilidad/piernas/pies
<input type="checkbox"/> Adormir/debilidad/brazos/manos
<input type="checkbox"/> Alfileres en brazos o manos
<input type="checkbox"/> Alfileres en piernas o pies
<input type="checkbox"/> Dolor del hombro/brazo/muneca
<input type="checkbox"/> Dolor en la cadera/pierna/tobillo
<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Extremimiento
<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos
<input type="checkbox"/> Ronchas/Sarpullido (Alergias)
<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Calambre Muscular | <p>Pa/Pr</p> <input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Se contusiona facilmente
<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Sangre en excremento
<input type="checkbox"/> Dolor al orinar
<input type="checkbox"/> Se orina en la cama
<input type="checkbox"/> Infeccion en rinones
<input type="checkbox"/> Otro _____ <p style="text-align: center;">Solamente Mujeres</p> <input type="checkbox"/> Ciclos Irregulares
<input type="checkbox"/> Quistes/Polipos/Fibroides
<input type="checkbox"/> Reglas Dolorosas
<input type="checkbox"/> Calentones (hot flashes)
<input type="checkbox"/> Ultimo Papanicolao _____ |
|---|--|--|---|

(**P**=Personal/**F**=En su Familia)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <p>P/F</p> <input type="checkbox"/> Osteoperosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad/Corazon
<input type="checkbox"/> Enfermedad/Vascular
<input type="checkbox"/> Diabetes | <p>P/F</p> <input type="checkbox"/> Presion Alta
<input type="checkbox"/> Enfermedades inflamatorias
<input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad/coyunturas
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <p>P/F</p> <input type="checkbox"/> Enfermedad genetica
<input type="checkbox"/> Condicion Congenita
<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa
<input type="checkbox"/> Escoliosis | <p>P/F</p> <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales
<input type="checkbox"/> Cancer _____
<input type="checkbox"/> Otra _____ |
|---|--|---|--|

Firma del paciente _____ Fecha _____