

PATTERSON CHIROPRACTIC CENTER

13 Plaza, Suite 2 • Patterson, CA 95363
Tel: (209) 892-2915 • Fax: (209) 892-2938

Nombre del Paciente _____ #ID de Paciente _____

Si en el pasado Ud. ha tenido algún síntoma, favor de marcar ese síntoma en la columna *Pasado*. Si actualmente tiene algún síntoma en particular, marque ese síntoma en la columna *Presente*. **EL TIPO DE TRATAMIENTO/TERAPIA QUE UD. RECIBA DEPENDE DE LA INFORMACIÓN QUE UD. NOS PROPORCIONE SOBRE ÉSTAS CONDICIONES.**

Pasado	Presente	Condición	Pasado	Presente	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de hombro (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma Aórtico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte superior de brazo o el codo (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de mano (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de muñeca (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón (fecha) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor en la parte superior de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Cerebral (fecha) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte inferior de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte superior de la pierna o en la cadera (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer, Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte inferior de la pierna o en la rodilla (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor, Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pie o en el tobillo (D. _____ I. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en la próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de quijada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno sanguíneo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFLAMACIÓN, rigidez de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carcinoma (tratamiento crónico en los pulmones)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de coordinación muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del higado/vesícula/litiasis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ornitias (Ardidas en el oído)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en el riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rápido ritmo del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección en la vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos renales (por condición)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cépsis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólera irritable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Pérdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VII/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seq. excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	Si algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, favor de marcar la casilla apropiada:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síntomas crónicos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga general			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo menstrual irregular			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo menstrual profuso			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanos <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Abscesos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lidomeurias			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome menstrual (PMS)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del control de la vejiga			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oloro frecuentemente			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento/hábitos de evacuación irregulares			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al tragar			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez/indigestión			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis/Eczema/Erupción			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas crónicos de la espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del pulmón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de cabeza crónicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras _____

Si algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, favor de marcar la casilla apropiada:

<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Artritis reumática	<input type="checkbox"/>	Problemas crónicos de la espalda
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza crónicos
<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	Lupus
<input type="checkbox"/>	Problemas del pulmón	<input type="checkbox"/>	Otras _____
<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta		

Sí No
 ¿Tiene Ud. una clasificación de Incapacidad permanente?
 Ubicación _____
 Fecha en que recibió la clasificación ____/____/____
 Porcentaje de Incapacidad _____ %

Peso actual _____ libras Altura _____ pies _____ pulgadas

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que se aplique a Ud.

Pasado	Presente	Condición	Pasado	Presente	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazos # de nacimientos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas anticonceptivas, uso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos (si no están nombrados, enumérelas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente de drogas o alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café/TA/Sodas con cafeína
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones/Intervenciones Quirúrgicas (enumérelas si no están ya nombradas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Certifico que a mi mejor saber la información de arriba está completa y es correcta. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a este médico de cualquier cambio en mi salud o en las coberturas de mis seguros médicos en el futuro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____