

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

**Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su dolor primario:**

Área del dolor/molestia: \_\_\_\_\_ Izquierda Derecha Bilateral

Cuando empezó su dolor/molestia? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted este dolor/molestia anteriormente? Sí (hace cuánto tiempo) No

Que causo o re-agravo su dolor/molestia?

Desconocido Accidente de Trabajo Accidente de Auto Lesión de Deportes Otro: \_\_\_\_\_

A recibido tratamiento médico para este dolor/molestia? Sí No

Si, Por favor liste las fechas, tipo de tratamiento, y doctor \_\_\_\_\_

Describa su dolor: Adolorido Ardor Sordo Afilado Tieso Punzante Apuñalar Presión Hormigueo Otro

Su Dolor es: Leve Moderado Severo

Por favor clasifique su dolor: (no dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Peor Dolor posible)

Es el dolor: Constante Frecuente Intermitente Ocasional

Siente que el dolor irradia para otra parte de su cuerpo? \_\_\_\_\_

A experimentado algún cambio en lo siguiente desde que empezaron sus síntomas?

Función Intestinal Función de la vejiga Función Sexual Ninguna

A qué tiempo del día empeora el dolor: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que hace empeorar su dolor? \_\_\_\_\_

A qué tiempo del día mejora el dolor?: Mañana Tarde Noche Mientras Duerme

Que alivia su dolor? \_\_\_\_\_

Tiene adormecimiento en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene acalambramientos en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene debilidad en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene hinchazón en alguna parte del cuerpo? Si No Donde: \_\_\_\_\_

**Si su dolor/molestia envuelve dolores de cabeza, por favor complete lo siguiente:**

Donde se encuentra el dolor de cabeza:      Enfrente   Lado   Atrás   Sinusal  
A qué tiempo del día siente más dolor?:      Mañana   Tarde   Noche   Mientras Duerme  
Que tan a menudo ocurren:      \_\_\_\_\_ veces por:   Hora   Día   Semana   Mes  
Por favor Clasifique su dolor: (no dolor) 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10 (Peor Dolor Posible)  
Cuánto dura su dolor de cabeza: \_\_\_\_\_ Minutos      Horas      Constante

**Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su dolor secundario:**

Área del dolor/molestia: \_\_\_\_\_ Izquierda   Derecha   Bilateral

Cuando empezó su dolor/molestia? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted este dolor/molestia anteriormente?   Sí (hace cuánto tiempo)      No

Que causo o re-agravo su dolor/molestia?

Desconocido   Accidente de Trabajo   Accidente de Auto   Lesión de Deportes   Otro: \_\_\_\_\_

A recibido tratamiento médico para este dolor/molestia?      Sí      No

Si, Por favor liste las fechas, tipo de tratamiento, y doctor \_\_\_\_\_

Describa su dolor:   Adolorido   Ardor   Sordo   Afilado   Tieso   Punzante   Apuñalar   Presión   Hormigueo   Otro

Su Dolor es:      Leve      Moderado      Severo

Por favor clasifique su dolor: (no dolor) 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10 (Peor Dolor posible)

Es el dolor:      Constante      Frecuente      Intermitente      Ocasional

Siente que el dolor irradia para otra parte de su cuerpo? \_\_\_\_\_

A experimentado algún cambio en lo siguiente desde que empezaron sus síntomas?

Función Intestinal      Función de la vejiga      Función Sexual      Ninguna

A qué tiempo del día empeora el dolor:      Mañana      Tarde      Noche      Mientras Duerme

Que hace empeorar su dolor? \_\_\_\_\_

A qué tiempo del día mejora el dolor?      Mañana      Tarde      Noche      Mientras Duerme

Que alivia su dolor? \_\_\_\_\_

Tiene adormecimiento en alguna parte del cuerpo? Si   No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene acalambramientos en alguna parte del cuerpo? Si   No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene debilidad en alguna parte del cuerpo? Si   No Donde: \_\_\_\_\_

Tiene hinchazón en alguna parte del cuerpo? Si   No   Donde: \_\_\_\_\_

**Marque los lugares donde sientas la sensaciones descritos. (Utilice el símbolo correspondiente a la sensación).**

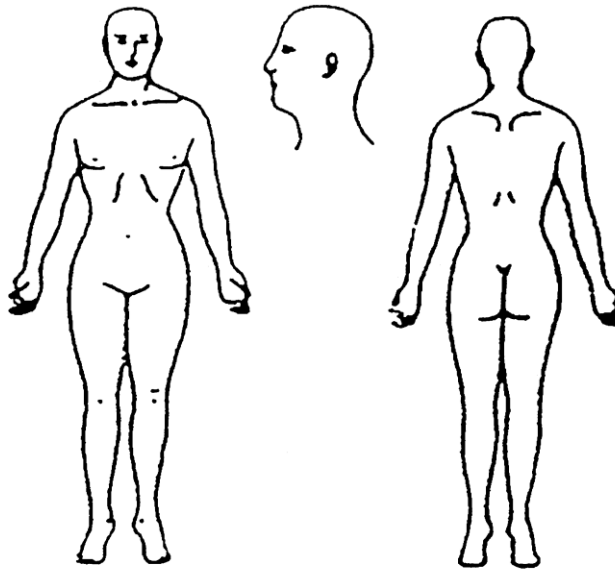
**Adormecimiento**  
-----

**Hormigueo**  
000000000000

**Ardor**  
^^^^^^^

**Dolor**  
XXXXXX

**Apuñalar**  
////////////////



**Marque con un X todo lo que le aplique (pasado o presente):**

- |  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV            | <input type="checkbox"/> Insomnio             | <input type="checkbox"/> Infecciones              | <input type="checkbox"/> Polio     |
| <input type="checkbox"/> Depresión           | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula       | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas     | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis)    | <input type="checkbox"/> Mareos                   | <input type="checkbox"/> Anemia    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Problemas de ojo o oído  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Problemas del Próstata   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer              | <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Presión Alta             |                                    |
| <input type="checkbox"/> Hernia              | <input type="checkbox"/> Problemas con riñón  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral    | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho       | <input type="checkbox"/> Subida o pérdida de peso |                                    |

**Por favor liste todas las medicinas/suplementos que usted está tomando actualmente. (Si no está tomando medicinas/suplementos, escriba N/A)**

Fecha que Empezó (Aproximadamente)	Nombre de la Vitamina/ Medicina	Prescrita por

**Por favor liste todas las alergias que usted tenga (Si no tiene alergia, escriba N/A)**

<b>Alergia</b>	<b>Reacción</b>

**Por favor liste todas las cirugías que haya tenido (Si no tuvo ninguna, escriba N/A)**

<b>Fecha (Aproximadamente)</b>	<b>Cirugía</b>	<b>Lugar de cirugía</b>

**Por favor liste todas las hospitalizaciones que haya tenido Usted puede excluir hospitalizaciones si están relacionadas con cirugías que haya listado anteriormente. (Si no tuvo ninguna, escriba N/A)**

<b>Fecha (Aproximadamente)</b>	<b>Razón</b>	<b>Hospital</b>

**Por favor liste toda historia médica de su familia.**

<b>Relación</b>	<b>Historia medica</b>	<b>Falleció Si/No</b>	<b>Causa de Muerte</b>
<b>Padre</b>			
<b>Madre</b>			
<b>Hermanos</b>			
<b>Hermanas</b>			
<b>Hijos</b>			
<b>Abuelos Paternales</b>			
<b>Abuelos Maternales</b>			

<b>Con quien vive actualmente:</b>	Solo	Esposo(a)	Esposos (a) /Hijos (# )	Otro
<b>Estatus de Fumador:</b>	Nunca	Actual Fumador	Ex -Fumador	
<b>Consumo de Alcohol:</b>	Nunca	Casual	Moderado	Severo
<b>Consumo de Cafeína:</b>	Nunca	menos de 3días	3 a 6/días	mas de 6días
<b>Drogas Recreacionales:</b>	Nunca	Recreacional	Adicto	
<b>Frecuencia de Ejercicio:</b>	Nada	a Diario	1-2x/semanal	3-6x/semanal
<b>Tipo de Ejercicio realiza:</b>	_____			

**Esta usted Actualmente en:**    En la Escuela                  Trabajando (Tiempo completo - Tiempo medio)  
    Desempleado                                  Retirado

**Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_

**Cuanto tiempo está trabajando en su trabajo actual?**\_\_\_\_\_

**Actualmente tiene usted un doctor de cabecera?**        Sí        No

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_

**Ha ido a un Quiropráctico anteriormente?**    Sí        No

**Fecha de su último Ajuste Quiropráctico:** \_\_\_\_\_

**MUJERES:**

**Para nuestro mejor conocimiento, está usted Embarazada?**                  Sí        No

**Última Fecha de su Periodo Menstrual:** \_\_\_\_\_

*Para lo mejor de mi conocimiento, toda la información está completa y correcta.*

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_