

Cuestionario de Salud Quiropráctica

Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Apt # ____ Celular (_____) _____

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ SS# _____ - _____ - _____

Ocupación _____ Empleador _____

Estado civil: _____ Nombre de pareja: _____ No. de hijos _____

1. La mayoría de nuestros pacientes son referidos por un miembro de familia o amigo. Quien o que influyo tu decisión a visitar a nuestra clínica? Nombre de amigo/miembro de familia _____

Llamada telefónica Páginas amarillas Aviso en la calle Website Presentación E-mail Periódico TV

2. Doctor Primario _____ Teléfono (_____) _____

3. Circule el síntoma/s o dolor principal que está sintiendo.

Espalda Alta Espalda Baja Cuello Cabeza Hombros Pierna Rodilla Otro _____

4. Que has notado que empeora esta condición?

5. Que has notado que mejora esta condición?

6. Como tú piensas que comenzó el problema?

7. El dolor es peor en la **mañana** o en la **noche**? _____

8. Medicamentos o remedios causan efectos secundarios, esconden la severidad de problemas y impiden la recuperación del cuerpo. Que medicamentos está tomando? Ejemplo [Tylenol, Advil, Alleve, Motrin, Otro]

9. Este problema le afecta o impide con su trabajo, su relación familiar, sus actividades recreacionales, hacienda labores domesticas, limpiando la casa? SI NO **CUAL?**

10. A que otro doctor o profesional haz ido para esta condición?

11. Ha tenido alguna cirugía, hospitalización o lesiones relacionadas a esta condición?

12. Que quisieras lograr en esta consulta/ o en nuestra clínica?

13. Si el médico se siente que la quiropráctica le ayudara, estará usted dispuesto/a a seguir sus recomendaciones? SI NO

14. Le gustaría recibir nuestra revista electrónica "health and wellness" mensual vía e-mail? SI NO

Firma _____ Fecha _____