

**Health First Chiropractic Clinic, P.C.**  
**Historia de Consulta**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Marque el que se le aplique: Accidente de Auto Herida relacionada al Trabajo Otra Cosa (especifique) \_\_\_\_\_

Quejas Mayores:

A) _____	D) _____
B) _____	E) _____
C) _____	F) _____

¿Que a escuchado sobre un Quiropráctico? \_\_\_\_\_

¿Cual de sus quejas le molesta más? (Circule uno)      A            B            C            D            E            F

¿Por cuanto tiempo a tenido la queja(s)? \_\_\_\_\_

¿Antes de empezarle este problema, a tenido un problema igual o parecido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apareció (circule uno)      Lentamente            Inmediato

¿Alguien mas en su familia parece de este problema o uno similar? \_\_\_\_\_

¿Que tan seguido le molesta ahora? \_\_\_\_\_

¿Cuando esta en el peor dolor, como se siente? \_\_\_\_\_

¿Cuando esta en el peor dolor, como interfiere con su actividad diaria? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Reduce esto su productividad o calidad de su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Que a hecho para empeorar su problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

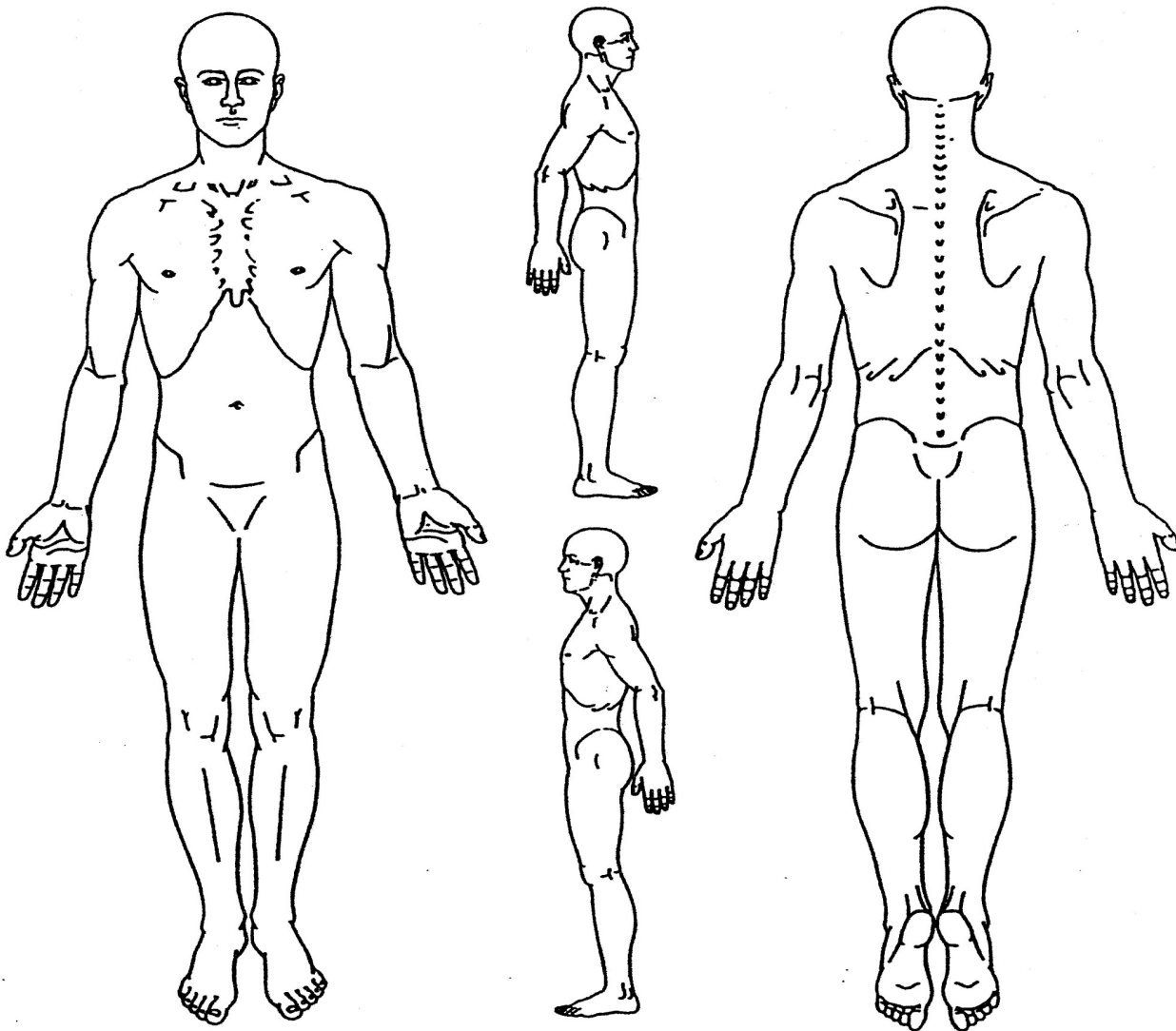
¿Con cuantos mas años encima se siente con este problema? \_\_\_\_\_

¿Si sigue con el mismo problema por 5 años, como cree que esto le afectaría? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Esta comprometido en quitarse sus síntomas y lo que se lo a causado; aunque esto signifique cambiar su forma de vida? (circule uno)            Si            No

¿Tiene usted hijos? Por favor cuéntenos sobre ellos, sus edades, nombres y edades. ¿Están ellos saludables? ¿Tiene alguna preocupación relacionada con su salud? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el diagrama de abajo, por favor indique donde tiene dolor. Por favor marque la area exacta usando las letras estas: P = Dolor T = Hormigeo N = Dormido B = Ardor S = Tieso



Por favor circule el area donde tiene la queja

Circule la severidad de su dolor en una escala del 0-10.

Dolor Extremo

No Hay Dolor

10      9      8      7      6      5      4      3      2      1      0

Por favor describa como paso esta herida? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quando fue que le comenzo esto? \_\_\_\_\_

El dolor es constante o intermediado? \_\_\_\_\_

Hay algo que hace que el dolor/simptomias se sienta mejor? \_\_\_\_\_

Hay algo que hace que el dolor/ simptomias se sientan peor? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_