



BACKFIT CHIROPRACTIC AND REHAB

Chandler Gilbert Mesa Phoenix

Dr's Initials: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Problema Principal : _____ Cuando empezo? _____

Marque el nivel de dolor de su problema:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Minimo

Severo

Marque el porcentaje de tiempo que siente el dolor:

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

El dolor ha sido alguna vez 9 o 10? Si No

Cuando lo siente más? AM PM

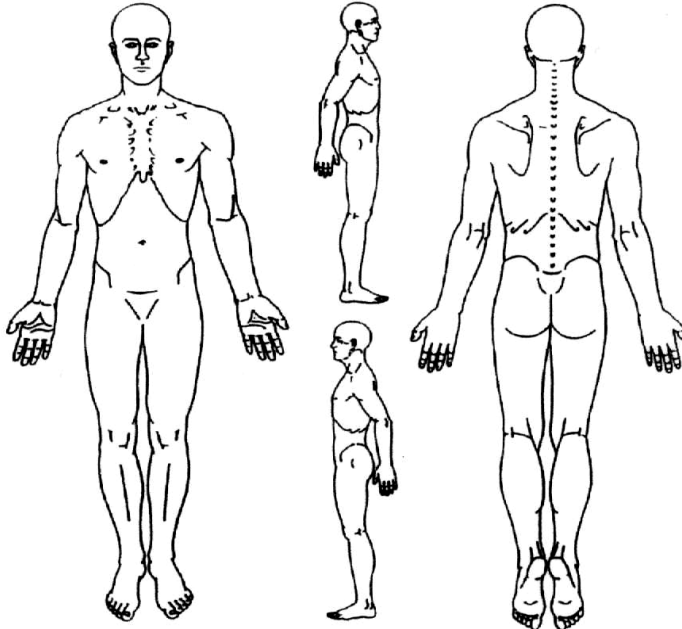
Cuanto tiempo le dura el dolor? _____ Mins _____ Hrs

Que le hace sentir mejor? _____ Que le hace empeorar? _____

Nota: Si necesita mas hojas adicionales, pregunte en recepcion

Usando las letras de abajo, indique donde siente todos los malestares:

- A: Dolor
- B: Ardor
- C: Calambre
- D: Dolor pesado
- E: Rigidez
- F: Adormecimiento
- G: Palpitante
- H: Hormigueo
- I: Dolor pulsante
- J: Dolor cortante



Tiene o ha tenido dolor, dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades ? (Circule S o N)

- Caminar S N
- Parado S N
- Correr S N
- Dormir S N
- Manejar S N
- Arreglarse S N
- Sentarse S N
- Hincarse S N
- Ejercicio S N
- Agacharse S N
- Levantar objetos S N
- Cargar niños S N
- Labores domesticas S N

- Habia sentido esta(s) condicion(es) en el pasado? Si No Si la tuvo, que tratamiento recibio:
 Hospitalizacion Cuidado Quiropractico Doctor medico / Especialidad Ninguno
- Alguna vez perdio su trabajo por las condicion(es) que tiene? Si No Si? Indique fechas _____
- Esta embarazada? Si No Numero de embarazos? _____ Numero de abortos? _____
- Cuando fue su primer dia de su ultimo ciclo menstrual? _____

Despues de que el Doctor haya revisado su caso, que tan decidido esta usted en corregir su problema (s)

Minimo			Mediano					Alto		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Al firmar abajo, reconozco que la informacion de arriba es correcta y precisa a mi mejor conocimiento:

Nombre del Paciente (letra molde): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____