

BackFit Chiropractic & Rehab.

1949 W. Ray Rd., #14, Chandler, AZ 85224 Ph: 480-917-1720 F: 480-917-6934 754 S. Val Vista Dr., #105, Gilbert, AZ 85296 Ph: 480-497-2900 Fax: 480-497-2906
 5233 E. Southern, #104, Mesa, AZ 85206 Ph: 480-830-2882 Fax: 480-830-2881 2824 E. Indian School Rd., Ste. 5, Phoenix, AZ 85016 Ph: 602-840-0056 F: 602-840-4056

Chandler Office Gilbert Office Mesa Office Phoenix Office

APLICACION DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO

Fecha: _____ Razon de la cita: _____ Como escucho acerca de nosotros? : _____

Nombre legal: _____ Como le gustaria que le llamen? _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: **M F** Estado civil: **S C D V**

SS#: _____ E-mail: _____ Tel Casa# _____ Cel # _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Tel Trabajo#: _____

Contacto de Emergencia #1: _____ Tel #: _____

Direccion: _____

Contacto de Emergencia #2: _____ Tel #: _____

Direccion : _____

Contacto de Emergencia #3: _____ Tel #: _____

Direccion: _____

Tiene Aseguranza? Si No Nombre de la Aseguranza _____

Es usted el asegurado principal? Si No

Si no, Nombre y Relacion del asegurado principal: _____

Tiene hijos? Si No Cuantos hijos tiene? _____

Ha recibido algun miembro de su familia cuidado Quiropractico? Si No _____

Ha recibido usted algun cuidado Quiropractico, hace que tiempo? _____

Toma bebidas alcoholicas? Si No Cuantas bebidas _____

Fuma? Si No Cuantos cigarillos al dia? _____

Hace ejercicio? Si No Cada cuando? _____ Que tipo? _____

Tiene alergias? (Especifique que tipo de alergias): _____

Ha usted sufrido o ha sido diagnosticado con algun caso siguiente: (Circule Si o No los que apliquen)

Y N *Huesos Rotos o fracturados	Y N Problemas de cuagulacion	Y N Ataques o convulsiones	Y N Ulceras
Y N *Osteoartritis	Y N Enfermedad congenita	Y N Marcapasos	Y N Problemas corazon
Y N Problemas para digerir comida	Y N Rupturas	Y N Adiccion a drogas	Y N Tumores
Y N Problemas circulatorios	Y N Riñones	Y N Alcoholismo	Y N Epilepsia
Y N *Artritis reumatoide	Y N VIH Positivo	Y N Toce sangre	Y N *Diabetes
Y N Presion alta o baja	Y N Depresion	Y N *Dolores de cabeza	Y N *Cancer

*Explique por favor: _____

Quando fue su ultimo chequeo medico? _____

Quando fue la ultima vez que estuvo envuelto en algun accidente (de cualquier tipo)? _____

Nombre del Medico de cabecera: _____

Direccion: _____

Telefono #: _____

Lista de Medicamentos:

Nombre de Medicina	Vitaminas		Mm de prescripcion	Fecha que empezo	Fecha que termino	Quien la prescribio	
						Dr.	Ud. Mismo

Dr. Initials: _____



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

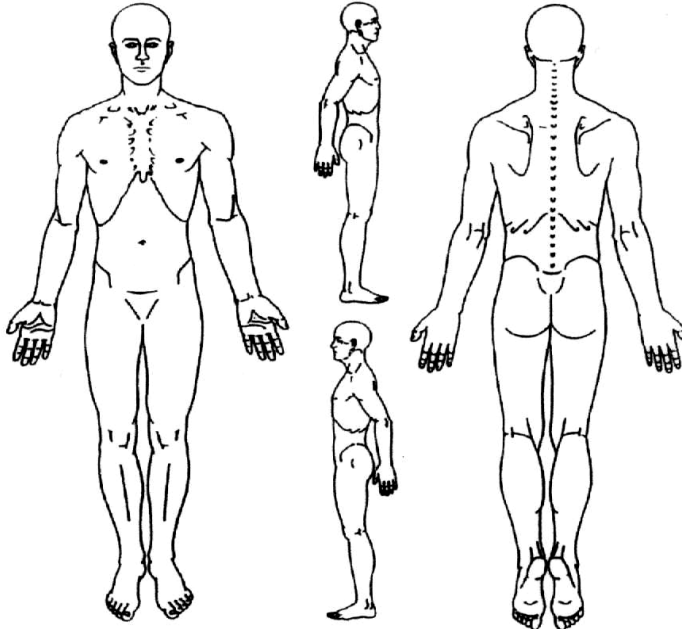
Que le hace sentir mejor? _____

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: _____