

## Información del cliente

(Por favor llene en Inglés & En tinta Negra)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Género: M  F  U  Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Proveedor Celular: AT&T:  Sprint:   
T-Mobile:  Metro PCS:

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Verizon:  Otro \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Refiriéndose MD: \_\_\_\_\_ MD Familia: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono Del Trabajo: \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia por favor notifique a...

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Como supiste de nosotros?

MD  Instagram  Facebook  Amigo  Sitio Web  Promoción  Empleados  Otro: \_\_\_\_\_

**Historial de lesiones** Fecha de inicio de la herida: \_\_\_\_\_ Es este una lesion relacionado con el trabajo? Sí  No

Relacionados con los automóviles? Sí  No  **Describa su lesión o enfermedad y cómo ocurrió:** \_\_\_\_\_

¿Ha caído una o más veces en el último año? Si  No  \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física, salud en el hogar o cuidado quiropráctico este año? Sí  No

¿Si sí donde? \_\_\_\_\_ Inicio & Fin? \_\_\_\_\_ Cantidad De? \_\_\_\_\_

Por favor, infórmenos de la siguiente información marcando ya sea el "Sí" o "No".

Condición	Sí	N	Condición	Sí	No	Condición	Sí	N
Diabetes			Implantes Metálicos			Problemas Intestinales		
Presión Arterial Alta/Baja			Enfermedades Contagiosas			Pérdida de Peso Reciente		
Marcapasos			Cirugía Reciente			Problemas Con Brazos o Piernas al Mismo Tiempo		
Cáncer			Mareo			<b>En caso afirmativo, a cualquiera de los anterior, se debe explicar y dar detalles apropiados</b>		
Problemas De Riñon			Enfermedades Del Corazón					
Trastornos Nerviosos			Alergia/Sensibilidad al Frío					
Hernia			Alergia/Sensibilidad al Calor					
Enfermedad Ósea			Otras Alergias					
Fracturas			Osteoporosis					
Problemas De Vejiga			Embarazada					
Convulsiones			Dolores de Cabeza					
Pasadores y Agujas			Enfermedad Circulatoria					

¿Está tomando algún medicamento Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna X-rays Cat Scan, MRI's u otras pruebas de diagnóstico para el trastorno reciente? Sí  No   
En caso afirmativo, explique el descubrimiento como usted lo entendió: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que deberíamos saber acerca de su salud en general o las condiciones actuales? \_\_\_\_\_

# Clasificación Del Dolor

Por favor circule su área importante de dolor en una escala de 0 a 10.

Actualmente yo le daría mi dolor como:

Sin Dolor	Dolor Debil		El Dolor Moderado		Fuerte	Muy Fuerte	Muy, Muy Fuerte		Emergencia	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La **menor** cantidad de dolor que he tenido en los **últimos 30 días** es:

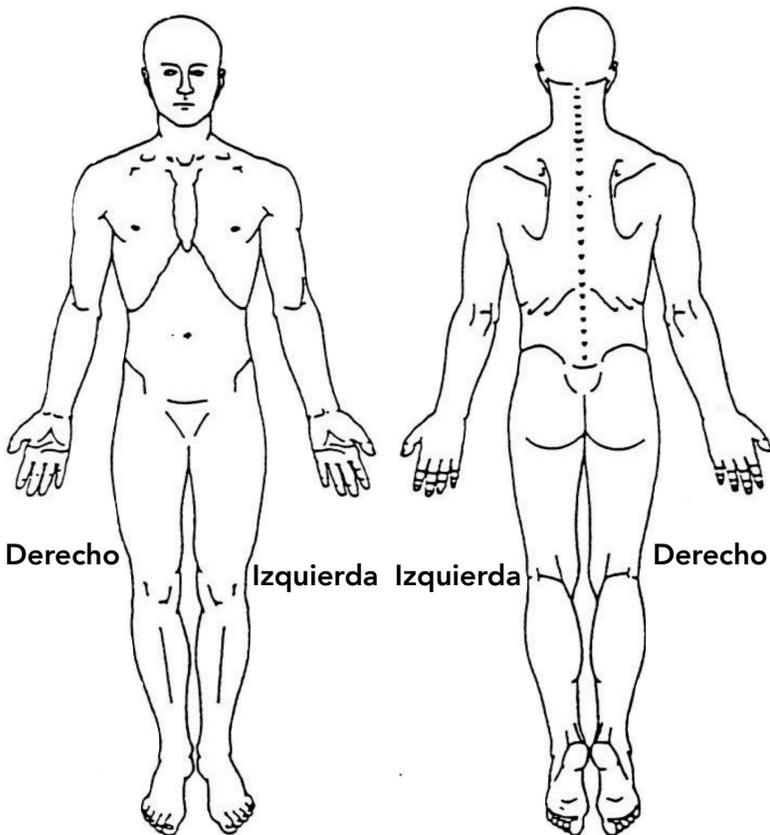
Sin Dolor	Dolor Debil		El Dolor Moderado		Fuerte	Muy Fuerte	Muy, Muy Fuerte		Emergencia	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La **peor** cantidad de dolor que he tenido en los **últimos 30 días** es:

Sin Dolor	Dolor Debil		El Dolor Moderado		Fuerte	Muy Fuerte	Muy, Muy Fuerte		Emergencia	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Dibujo De Dolor

**Instrucciones:** Por favor, sombra todas las áreas de molestia causadas por su lesión actual.



¿Tiene alguno de los siguientes?

Disparo/Dolor Agudo  Dolor Sordo

Entumecimiento  Hormigueo

## Información de la lesión

¿Cuál es la actividad principal que tiene problemas para hacer debido a su lesión?

Desde el inicio de su lesión/enfermedad, sus síntomas son: Mejor  Mismo  Peor

Durante un día completo, ¿con qué frecuencia tiene síntomas?

Ocasional <input type="checkbox"/>	Intermedio <input type="checkbox"/>	Frecuente <input type="checkbox"/>	Constante <input type="checkbox"/>
10-25%	26-50%	51-80%	81-100%

¿Cómo duerme en la noche?

Bueno  Moderar  Difícil  Sólo Con Los Med

Posición: Espalda  Lado  Estómago

Que hace que su lesión se sienta Mejor (B), mismo (S) o Peor (W)? Compruebe cada columna.

Acción	B	S	W	Acción	B	S	W
Nada				Retorcimiento			
Sentado				Acostarse			
De Pie				Dormiendo			
Caminar				Descansar			
Correr				Estornudar			
Movimiento				Toser			
Doblandose				Medicamento			
Ejercicio				Escribir			
Arrodillado				Computadora			
Levantando				Otro:			
Escaleras							
Otro:				Otro:			