

ACERCA DE TI

Fecha de hoy: ___/___/___

Nombre del paciente: _____
PRIMER APELLIDONombre Preferido: _____ Macho FemeninoFecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
mes día año

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfonos: _____ Celular Casa

Email: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Estado civil soltero(a) casado(a) separado(a) divorciado(a) viudo(a)

Nombre del esposo(a): _____ Teléfonos: _____

¿Tienes hijos? si no ¿Edades?: _____**RAZÓN DE LA VISITA**Esta cita tiene relacion con trabajo deportes automovilísticos accidentes personales otro

¿Cuáles son los problemas de salud que más lo preocupan? _____

¿Desde cuánto hace? _____ ¿Es (tá) empeorando intermitente constanteSus síntomas están afectados por: sentado parado caminando acostado durmiendo trabajo juegos

Por favor, explique: _____

Siente calambres quemazón rigidez inflamación otro Explique: _____¿Está recibiendo cuidados de algún otro profesional de la salud? si no

Si es así, por favor dénos sus nombres y sus especialidades: _____

Por favor, anote cualquier medicamento que esté tomando: _____

Por favor, anote cualquier vitaminas/hierbas/medicamentos homeopáticas/u otro suplementos que esté tomando: _____

Por favor, anote cualquier cosa a la que pueda ser alérgico: _____

Por favor anote cirugías anteriores con fechas: _____

Anote algun accidentes o traumas anteriores con fechas: _____

Por favor, anote cualquier otra afección médica grave que tenga o haya tenido alguna vez: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes? (por favor, marque todo lo que corresponda) neumonía paperas gripe fiebre reumática viruela pleuresia polio varicela diabetes epilepsia cáncer depresion anemia eccema alergias tos convulsa enfermedad tiroidea sarampión artritis colitis enfermedad cardiaca erupciones en la piel derrame cerebral

Bienvenido

Timothy Jameson, D.C.

Laurie Gossett, D.C.

22179 Redwood Road

Castro Valley, CA 94546

510-582-5454

www.jamesonchiro.com

*Un faro de
esperanza
y curación***por favor completar el otro**

HISTORIA DE SALUD

¿Ha sufrido alguna vez de ...? (por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello | <input type="checkbox"/> dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> orina descolorida |
| <input type="checkbox"/> dolor de cintura | <input type="checkbox"/> congestión nasal | <input type="checkbox"/> gases/inflamación después de las comidas |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> desmayos | <input type="checkbox"/> acidez |
| <input type="checkbox"/> migrañas | <input type="checkbox"/> pérdida de peso | <input type="checkbox"/> colon irritable |
| <input type="checkbox"/> hormigueos en la espalda/el brazo | <input type="checkbox"/> pobre apetito | <input type="checkbox"/> deposiciones negras o con sangre |
| <input type="checkbox"/> dolor de hombro | <input type="checkbox"/> apetito excesivo | <input type="checkbox"/> estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la mano | <input type="checkbox"/> nerviosismo | <input type="checkbox"/> hemorroides |
| <input type="checkbox"/> dolor/hormigueo en la pierna | <input type="checkbox"/> confusión | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> parálisis |
| <input type="checkbox"/> dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> problemas dentales | <input type="checkbox"/> adormecimientos |
| <input type="checkbox"/> problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> sed excesiva | <input type="checkbox"/> fatiga |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> náusea frecuente | <input type="checkbox"/> vértigos |
| <input type="checkbox"/> presión arterial anormal | <input type="checkbox"/> problemas prostáticos | <input type="checkbox"/> insomnia |
| <input type="checkbox"/> ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> dolor/bultos en el pecho | <input type="checkbox"/> dificultades auditivas |
| <input type="checkbox"/> inflamación de tobillo | <input type="checkbox"/> calambres | <input type="checkbox"/> dolor de oídos |
| <input type="checkbox"/> extremidades frías | <input type="checkbox"/> dolor al orinar | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> visión borrosa | <input type="checkbox"/> problemas de vesícula | |
| <input type="checkbox"/> problemas visuales | <input type="checkbox"/> orina excesiva | |

Historial de salud familiar: _____

¿Fuma usted? no si ¿Cuanta? _____ ¿Cuanto tiempo? _____

¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 2 años? COVID Flu Herpes Otro fecha(s) _____

Para las mujeres: ¿estás embarazada? no si / ¿Cuanto tiempo? _____

¿Amamantamiento? no si

Según yo sepa, lo susodicho es correcto.

(firma)

(fecha)

Para pacientes menores de 18 años:

(firma de padre madre tutor)

(fecha)