

BERKELEY CHIROPRACTIC CENTER
2902 CENTRAL HEIGHTS RD.
SUITE E
GOLDSBORO, NC 27534
(919) 341-1818

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial de 2^{da} Nombre: _____

Numero de Tel. Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Direccion Fisica: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Direccion de Correo (si diferente a fisica): _____

Correo Electronico: _____ fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Numero de Seguro Social: _____ Estatus Matrimonial: Soltera Casada Divorciada Viuda(o) # de hijos: _____

Nombre de Espos(a): _____ Ocupacion de Espos(a): _____

Ocupacion: _____ Nombre de su Empleador: _____ Estatus de Trabajo: Tiempo Completo o Medio
 Estudiante: Tiempo Completo o Medio

No de Licencia _____ Estado: _____ Como fue referido a esta oficina: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

El problemas de hoy es relacionados con: Accidente de auto Compensacion de Trabajador Ninguno

Describe sus condiciones enpesando por la mas severa. Usando una escala del 1 al 10 (10 siendo lo mas severo) en que posicion colocarias tu dolor o problema

1. _____ (____/10) 2. _____ (____/10)

3. _____ (____/10) 4. _____ (____/10)

5. _____ (____/10) 6. _____ (____/10)

Cada cuanto tiempo tienes dolor: Constante(75-100% del tiempo) Frecuente (50-75% del tiempo) Ocasional (25-50% del tiempo) Intermitentemente (1-25% del tiempo)

Como describiria el tipo de dolor Incomoda Rigido Quemante Agudo Polzante con movimiento Dormido Ninguno

Con el tiempo como van cambiando sus sintomas: Empeorando Igual Mejorando

Cuanto a interferido el problema con su trabajo: En lo absoluto Un poco Moderadamente Considerablemente Bastante

Cuanto a interferido el problema con su vida social: En lo absoluto Un poco Moderadamente Considerablemente Bastante

Ha quien mas a acudido por su problema?

Quiropractico Neurologo Doctor general Cuarto de emergencias Ortopedista Masajista Terapeuta fisico

Otro: _____ Nadie:

Quien? _____ Tratamiento? _____ Resultado? _____

Quien es su Doctor de cabecera: _____

Por cuanto tiempo a tenido este problema: _____

Como crees que comenzo el problema: _____

Considera usted que el problema sea severo: SI SI, a veces NO

Que agrava el problema: _____

Que hace hace que su problema se sienta mejor: _____

Que es lo que mas le preocupa de su problema; que es lo que le impide hacer? _____

Cual es su: Estatura _____ Peso: _____

Como califica su salud en lo general: Excelente Muy buena Regular Pobre

Que tipo de de ejercicio realiza? Agitado Moderado Liviano Ninguno

Historia familiar porfavor indicar si alguien de su familia a sufrido de algunas de estas enfermedades:
 Artritis Reumatoide Diabetes Lupus Tuberculosis Problemas del corazon
 Cancer Enfermedades mentales Presion alta Problema de rinones Epilepsia
 Alergias Artritis

Para cada una de las condiciones en esta lista debajo, ponga una "X" en la columna "pasado" si a presentado la condicion en el pasado. Si usted presenta una actualmente, ponga una "X" en la columna "presente"

Pasado	Presente	Pasado	Presente	Pasado	Presente
	Dolor de cabeza		Tumor		Hepatitis
	Dolor de cuello		Asma		Problema en el higado/ vesicula
	Dolor de espalda superior		Sinosis cronica		Fatiga general
	Dolor de espalda media		Presion alta		Incoordinacion muscular
	Dolor de espalda baja		Infarto		Problemas de vista
	Dolor de hombro		derrame		Marcos
	Dolor de brazo o codo		Dolor de pecho		Diabete
	Dolor de muñeca		Piedras en los rinones		Sed excesiva
	Dolor de mano		Problemas en los rinones		Uso de tabaco
	Dolor de cadera		Infeccion urinaria		Uso de alcohol o drogas
	Dolor de pierna		Dolor al orinar		Alergias
	Dolor de rodilla		Incontenencia urinaria		Depresion
	Dolor de tobillo/pie		Problemas de prostata		Epilepsia
	Dolor de mandibula		Perdida o Aumento de peso anormal		VIH/ Cida
	Artritis		Perdida de apetito		Otro: _____
	Artritis reumatoide		Dolor abdominal		
	Cancer		Ulceras		

Solo para mujeres: Pasado Presente Pastillas anticonceptivas Pasado Presente Reemplazo hormonal Pasado Presente Embarazo

Que actividades realiza en el trabajo?

	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
Sentado	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
De pie	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
Trabajo de computadora	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
EN el telefono	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
Manejar	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia
Labor manual	Mayor parte del dia	La mitad del dia	Poco tiempo durante el dia

Que actividades realiza fuera del trabajo: _____

Haga una lista de todos los medicamentos con prescripcion medica que esta tomando: _____

Haga una lista de todos los medicamentos sin prescripcion que esta tomando: _____

Haga una lista de todas las cirugias que se le han realizado: _____

Ha sido hospitalizado alguna vez? Si No
 Si si por que: _____

Alguna vez a visto a un quiropractico? Si No
 Si puso que si quien: _____ Cuando fue su ultima visita: _____

Ha tenido en el pasado un trauma importante? Si No

Algo mas que le parezca revelante en su visita el dia de hoy? _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

BEINVENIDOS

A

BERKELEY CHIROPRACTIC CENTER

TIENE USTED

UN

DOCTOR DE MEDICINA GENERAL

O

MEDICO FAMILIAR

SI ___ NO ___