

RC Chiropractic, LLC
Rick Cazares, D.C.
6633N. Mesa Suit 310
El Paso, TX 79912
PH: (915)217-0193

El día de hoy: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Anos: _____
 Altura: _____ Peso: _____ lbs Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Numero de
 Telefono: _____ Telefono Movil: _____
 Correo Electronico: _____
 Podemos agradecerle quien lo refirió?-

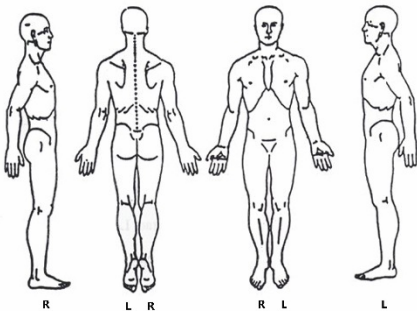
 Firma Sitio Web Paginas Amarillas Hotel Otra
 Quien es su medico de cabecera/proveedor de atencion medica?

Por Favor enumere sus problemas Califique su dolor(Circule menos y peor)

1) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mi Dolor es → Aburrido, Doloroso Entumecido Agudo Disparos Espasmo Arde Hormigueo Palpitaciones
 Debilida Otro
Lo Siento → **Constantemente**(>76% of day) **Frecuencia** (51-75%) **Ocasionalmente** (25-50%) **Intermitentemente**
 (<25%) of the time.

2) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mi Dolor es → Aburrido, Doloroso Entumecido Agudo Disparos Espasmo Arde Hormigueo Palpitaciones
 Debilida Otro
Lo Siento → **Constantemente**(>76% of day) **Frecuencia** (51-75%) **Ocasionalmente** (25-50%) **Intermitentemente**
 (<25%) of the time.

Cuando comenzo esto? _____



Que lo Causo? _____

Alguna Vez has tenido esto antes? No (Primera Vez) Si, Una Vez
 antes, Alguas Veces, Varias Veces Otro:

Se esta poniSendo: Mejor Igual Peor Otro:

Dosificar el dolor **RADIAR**
 No/ Si, to my Cabeza Hombro Brazo Gluteos Muslo Pierna
 Pie Otro: _____

Lo que lo hace sentir mejor? Nada/ Sentado de pie Caminar Movimiento Hielo Calor Ejercicio Masaje
 Drogas(Lista) _____ Other _____

Lo que lo hace peor? Acostado Sentado De Pie Caminar Movimiento Hielo Calor Ejercicio
 Otro (Explique) _____

Ha recibido algun tratamiento para este problema actual? Si/ No → Medico, Quiropractico Terapia Fisica Masaje

○ Acupuntura ○ Hielo ○ Calor ○ Drogas _____ Le Ayudo? ○ Si / ○ No

Historial de salud pasado

¿Alguna vez te ha visto un cuidado quiropráctico antes? • No/ Sí - Mismo problema, problema diferente (Explicar)

¿Cuándo fue su último ajuste # ____ (Días, Semanas, Mes, Años) Dr.? _____

Su ocupación / Tipo de actividad de trabajo: _____

Actividad laboral: ¿Trabajo en la oficina # _____ horas sentadas al día? • Trabajo físico - Luz - Moderada - Pesado

¿Este problema afecta tu capacidad para trabajar, hacer ejercicio o realizar tus actividades normales de la vida diaria?

No/ Sí - Puedo hacer con molestia leve, puedo hacer, pero duele, no puedo hacerlo (demasiado dolor)

• Otro (explique)

¿Alguna significativa lesiones pasadas / accidentes / caídas? • No/ Sí (explique)

¿Cirugía? ¿No es así (explicar)?

¿Medicación actual? • No/ -Sí (Explicar)

¿Rayos X recientes, resonancia magnética, tomografía computarizada u otros estudios de diagnóstico? • No/ - Sí (explique)

Por favor, marque todos los que correspondan: (C - Corriente, P - Pasado)

<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> / <input type="radio"/> Fatiga suprarrenal<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Insomnio<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Jaquecas<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Tiroides: • Hypo -Hyper<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Bocio<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Depresión<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Fibromialgia<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Disparos de alergia<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Anemia<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Bronquitis<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Asma/ Enfisema<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Neumonía<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Lumps de pecho<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Cáncer _____<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Cataratas / Glaucoma<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Pinched Nerve<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Hernia de disco<input type="radio"/> / <input type="radio"/> enfermedad cardíaca<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Colesterol alto<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Azúcar en la sangre alta	<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> / <input type="radio"/> Presión arterial alta<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Triglicéridos altos<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias coronarias<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Aterosclerosis<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Marcapasos<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Golpe<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Hipoglucemia<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Resistencia a la insulina<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Diabetes Tipo _____<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Obesidad Central<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Síndrome metabólico/Síndrome X<input type="radio"/> / <input type="radio"/> IBS (Síndrome del intestino irritable)<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de los riñones / piedras<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad hepática<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de la vesícula biliar / Piedras<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Esclerosis múltiple<input type="radio"/> / <input type="radio"/> VIH/SIDA<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Limes Disease<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Herpes	<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> / <input type="radio"/> Varicela<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Hepatitis _____<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Paperas<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Sarampión<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Osteoartritis<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Artritis reumatoide<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Gusto<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Osteoporosis<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson<input type="radio"/> / <input type="radio"/> PCOS<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Fiebre reumática<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Escarlatina<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Tuberculosis (TB)<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Úlceras<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de la vesícula biliar / Piedras<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Esclerosis múltiple<input type="radio"/> / <input type="radio"/> VIH/SIDA<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Enfermedad de Limes<input type="radio"/> / <input type="radio"/> Herpes
--	---	---

¿Algún otro problema de salud? • No/ - Sí (explique)

¿Historia familiar o enfermedad? • No/ - Sí (explique) _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor _____ Date _____

