

PARA SU HISTORIA MEDICA

Fecha _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
 Número de teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ E-mail _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F Estado civil: C S V D el número de hijos _____
 Número de Seguro Social _____ Número licencia de manejo _____ Estado _____
 Empleador _____ Número de teléfono _____ Ocupación _____
 Dirección de empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
 Nombre de esposa/o _____ Teléfono celular _____ Ocupación _____
 Empleado de esposa/o _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Nombre de seguro _____ Número de identificación _____ Número de grupo _____
 Dirección _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO AUTOMÓVIL

Nombre de seguro _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
 Nombre del Ajustador _____ número de reclamación _____
 ¿Ocurrió el accidente en el trabajo? Sí No Fecha de lesión _____
 ¿Participó usted en un accidente automovilístico? Sí No Fecha del accidente _____

SINTOMAS

CABEZA:

- Dolor de cabeza
 - cabeza entera
 - Parte trasera
 - La frente
 - La sien
 - migraña
- Cabeza pesada
- Pérdida de memorias
- Delirante
- Desmayo
- Luz molesta los ojos
- Pérdida de ofato
- Pérdida de sabor
- Pérdida de equilibrio
- Mareo
- Pérdida de oído
- Dolor de oídos
- Campaneo
- Zumbido

ESPALDA INFERIOR:

- Dolor
 - Empeora el dolor cuando:
 - Trabaja
 - Se levanta
 - Se para
 - Se sienta
 - Se dobla
 - Tose
 - Nervio pelliscado
 - Disco caído
 - Torcido
 - Espasmos musculares
 - Artritis

EN MEDIO DE LA ESPALDA:

- Dolor
 - Dolor entre espaldillas
 - Dolor agudo
 - Espasmos musculares

CUELLO:

- Dolor del cuello
- Dolor al moverlo
- Nervio pelliscado
- Cuello torcido
- Cuello tieso
- Espasmos musculares
- Tronidos de cuello
- Artritis en el cuello

ABDOMEN:

- Estomago nervioso
- Asco
- Gas
- Estreñimiento
- Diarrea

HOMBROS:

- Dolor en la junta (D-I)
- Dolor al traves de hombros
- Bursitis (D-I)
- Artritis (D-I)
- No puede levantar el brazo
 - arriba del hombro
 - arriba de la cabeza
- Tensión en los hombros (D-I)
- Espasmos musculares

BRAZOS Y MANOS:

- Dolor de brazo superior
- Dolor de antebrazo
- Dolor en manos
- Dolor en dedos
- Nervio pelliscado en brazo
- Nervio pelliscado en dedos
- Hormigueo en brazos
- Hormigueo en dedos
- Dedos dormidos
- Manos frías
- Hinchazon en los dedos
- Juntas adoloridas en dedos
- Artritis en dedos
- Pérdida de fuerza al apretar

PECHO:

- Dolor
- Falta de aire
- Dolor en costillas

CADERAS, PIERNAS Y PIES:

- Dolor de asentaderas (D-I)
- Dolor de cadera (D-I)
- Dolor a traves de pierna (D-I)
- Dolor a traves de ambas piernas
- Calambres en piernas
- Hormigueo en piernas (D-I)
- Pierna dormida (D-I)
- Pie dormido (D-I)
- Pies fríos
- Calambres en pie (D-I)
- Tobillo hinchado (D-I)
- Pie hinchado (D-I)
- Dolor de juntas en los dedos
- Dolor en pie (D-I)
- Dolor en rodilla (D-I)

GENERAL:

- Nervioso
- Irritable
- Deprimido
- Fatigado
- Cansancio
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso

¿Ha tenido radiografías antes? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Que area de su cuerpo fue radiografiado? _____

MUJERES SOLAMENTE:

Dolor menstrual Colicos Irregularidad Fecha de su última regla menstruación _____

¿Está embarazada? Sí No ¿Cuánto tiempo tiene? _____

ESPERAMOS PAGO INMEDIATO DE ESTA VISITA A MENOS QUE UD. HAYA HECHO OTROS ARREGLOS.

FIRMA DEL PACIENTE