



INFIFNITE BODY HEALTH
Minet Sepulveda, DC

HISTORIAL DE SALUD

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Dirección: _____ Sexo: M F

Ciudad: _____, Estado: _____ Zip: _____ E-mail: _____

Teléfono De Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Patrón: _____ Teléfono De Trabajo: _____ Ext. _____

Ocupación: _____ Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre Del Cónyuge: _____ Empleador Del Cónyuge: _____

Ocupación Del Cónyuge: _____ Número De Niños Y Edades: _____

¿Cómo refirieron a esta oficina? _____

Contacto De Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Seguro Médico

1. ¿Tiene Seguro Medico? Si No (en caso afirmativo, por favor proporcione una con una copia para su archivo)

2. ¿Eres El Principal Asegurado? Si No

Si no, nombre del asegurado principal: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/___

3. ¿Ha consultado a otro profesional de la salud con este problema?

No Quiropráctico Médico Terapia Física Otro: _____

4. Lista de otros médicos que ha consultado para esta condición:

1) _____ 2) _____

5. Recibido en el pasado tratamiento quiropráctico: Si No Cuándo: _____

6. En caso afirmativo, indique su experiencia: (Negativo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Incuestionable)

Nombre Del Quiropráctico: _____

Queja Principal

7. ¿Cuál es el motivo de su visita hoy? Enumere todos sus problemas de salud, a partir de los más importantes.

1) _____ 2) _____ 3) _____
4) _____ 5) _____ 6) _____

8. ¿Cuánto tiempo tiene el principal problema mencionado? _____

9. ¿Cómo empezó?: Gradualmente De repente Debido a un accidente No estoy seguro

10. Está presente: 100% del tiempo 75% del tiempo 50% del tiempo
 25% del tiempo Menos del 25% del tiempo

11. Su condición es: Mejorando Empeorando no esta cambiando

12. Tu problema es peor durante: Mañana Mediodía Tarde Noche

13. Esto afecta a: Tu trabajo Cuánto has dormido Recreación Tiempo con familia
 Su rutina diaria

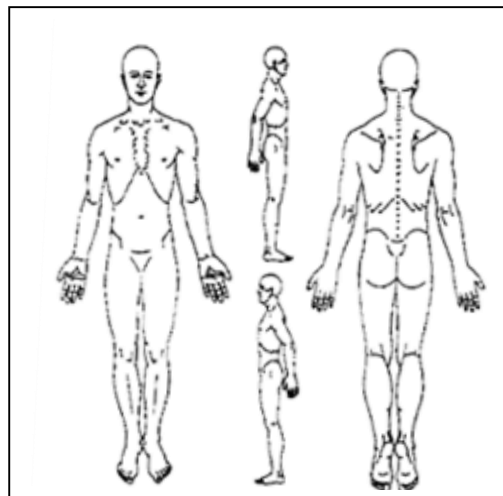
14. ¿Ha tenido este problema antes? Si No

15. Indicar la gravedad.

(No problema) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Problema extrema)

16. Indicar todas las partes del cuerpo donde tienes problemas.

Por favor, marque TODAS las áreas, incluso si no son el motivo de su visita.



Consentimiento para el cuidado de salud de un menor: Yo, que soy el padre o tutor legal del menor, doy permiso para el cuidado de la quiropráctica, radiografías y evaluación.

Firma: _____ Fecha: _____



INFIFNITE BODY HEALTH
Minet Sepulveda, DC

Historia Clínica / Síntomas

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____ HRN _____

17. Edad del padre: _____ ¿Si fallecida, cuál fue la causa? _____

18. Edad de la madre: _____ ¿Si fallecida, cuál fue la causa? _____

19. ¿Tienes hermanos? Si No

20. En tu familia, hay historia de: Problemas del corazón Diabetes Arthritis

Cáncer Otro: _____

21. ¿Está usted tomando algún medicamento? Si No

¿En caso afirmativo, los medicamentos son por? Hormonas Medicamentos sin receta

Para la presión arterial Analgésicos

Para la diabetes Relajantes musculares

Anticonceptivos Anti-inflamatorios

Glándula de la tiroide

22. ¿En qué posición trabajas? Parado Sentado En movimiento

23. Normalmente, duermes en que posicion: En la espalda De lado En su abdomen

24. En promedio, cuántas hora duermes en la noche

4 horas o menos 5-6 horas 7-8 horas 8-10 horas 10-11 horas 12 horas o más

Marque con una (P) para Pasado, (A) para Actualmente y (N) para Nunca

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula / TMJ	<input type="checkbox"/> Desequilibrio hormonal
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Embarazo (ahora)
<input type="checkbox"/> Desmayarse	<input type="checkbox"/> Dolor de hombro	<input type="checkbox"/> El síndrome premenstrual
<input type="checkbox"/> Desajuste	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta	<input type="checkbox"/> Menopausia
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda media	<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata
<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Curvatura en la espalda	<input type="checkbox"/> Problemas de colon
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas de páncreas
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Dolor en la cadera	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Problemas con las manos	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas con las rodillas	<input type="checkbox"/> Gas
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Problemas con los pies	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio
<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Se le inflaman las articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos
<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo de manos, dedos u otras partes	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Resfriado común	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo pies, dedos de los pies	<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Dolor al toser	<input type="checkbox"/> Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/> Diarrea y/o Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Melancolía	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Necesidad de orinar durante la noche
<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Ganas frecuentes de orinar
<input type="checkbox"/> Problema de circulación	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Hincharse	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sangre en el excremento
<input type="checkbox"/> Moretones	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)
<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Le da frio con facilidad	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Lesiones de piel	<input type="checkbox"/> Extremidades frías	<input type="checkbox"/> Hypoglycemia
<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Tiene algun Impedimento	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Condiciones hereditarias	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Problema con la Tiroide
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas reproductivos	<input type="checkbox"/> Problemas con Glandulas Adrenales
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Syndrome de Fatiga cronica	

Actividades Diarias: Efectos De Las Presentes Condiciones En Su Desempeño

Identificar cómo su condición está afectando su capacidad para realizar las actividades diarias:

Sentarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Levantamiento de la sesión	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Estar de pie	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Caminar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Correr	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Pivotante	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Empujar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Torcer	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Escalar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Levantar objetos	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Cargar objetos	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Concentrar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Leer	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Viendo la televisión	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Trabajo en equipo	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Trabajar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Gerente / líder	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Trabajar en el jardín	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Retozar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Bailar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Vestir	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Faenas domésticas	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Actividad sexual	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto
Dormir	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Causa dolor leve	<input type="checkbox"/> Causas moderan dolor	<input type="checkbox"/> No puedo hacer esto

Perfil Inicial Del Sistema Nervioso

25. ¿Cuándo fue el accidente más reciente? _____
26. ¿Cuál fue la velocidad de conducción? _____
27. Tipo de impacto: Impacto frontal Impacto lateral Impacto posterior (latigazo cervical)
28. ¿Trataron? Si No Por favor, describa: _____
29. ¿Tu trabajo requiere que estar en una posición que agrava su condición? Si No
Por favor, describa: _____
(e.g., sentado todo el día, levantar objetos constantemente, uso de la computadora)
30. ¿Ha tenido algún trauma a la columna vertebral en el pasado? Si No
Por favor, describa las lesiones deportivas: _____
(e.g., boxeo, baloncesto, pelota, fútbol, tenis, golf, pista y campo)
Por favor, describa cualquier traumas de infancia: _____
(e.g., caídas, impactos cabeza, accidentes de bicicleta)
Por favor, describa problemas día a día: _____
(e.g., trabajar desde casa, elevación, doblez, despertando con espalda o cuello pain)

Perfil Inicial De Nutrición

31. ¿Ha tenido los triglicéridos o colesterol alto? Si No Valor: _____
32. ¿Ha tenido presión arterial alta? Si No
33. ¿Eres diabético de ha sido diagnosticado con diabetes previa a un síndrome metabólico?
 Si No
34. ¿Come desayuno todos los días, del Lunes al Domingo? Si No
35. ¿Cuántos días a la semana te saltas por lo menos una comida? 0 1 2 3 4 o más
36. ¿Cuánta comida rápida comes una semana? 0 1 - 3 4 - 6 7 o más
37. ¿Cuánto alimentos refinados (harina, pasta, tortilla) comes una semana?
 0 1 - 3 4 - 6 7 o más
38. ¿Cuántas comidas pre-hechas comes una semana? 0 1 - 3 4 - 6 7 o más
39. ¿Cuántas porciones de fruta que consumen diariamente? 0 - 1 2 - 3 4 o más
40. ¿Cuántas porciones de vegetales consumes diariamente? 0 - 1 2 - 3 4 o más
41. ¿Cuántas porciones de proteína consumes diariamente? 0 - 1 2 3 4 o más

42. Consumes:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Alcohol | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Tabaco / Puros | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Café / Té | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Vitamina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Soda Dietética | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Soda Regular | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Jugo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| La Leche De Vaca | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Bebidas Energéticas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Tranquilizantes/Pastillas para dormir | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |
| Endulzadores artificiales o sin calorías | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas veces por semana? _____ |

43. Lista de cualquier suplementos que tomas diarias: _____

Perfil Inicial De Ejercicios

44. ¿Cuántas veces a la semana haces ejercicios?

Cardiovascular: _____ hora _____ días por semana

Levantamiento de pesas: _____ hora _____ días por semana

Bajo impacto (Yoga, estiramiento, etc.): _____ hora _____ días por semana

45. ¿Cuál es tu peso ideal? _____ ¿Cuál es tu peso actual? _____

Perfil Inicial De Toxicidad

46. ¿ Están expuestos diariamente a detergentes o productos químicos industriales? Si No

47. ¿Ha notado algún tipo de hongo o moho presente en su hogar o lugar de trabajo? Si No

48. ¿Su casa, coche o lugar de trabajo huele a moho? Si No

49. ¿Has recibido sus vacunas? Si No

50. ¿Son vacunados anualmente para resfriados y gripe? Si No

51. ¿Cuántos de estas vacunas has recibido? _____

52. ¿Cualquier miembro de su familia ha sido diagnosticado con esclerosis múltiple? Si No

53. ¿Cualquier miembro de su familia ha sido diagnosticado con sensibilidad química? Si No

54. ¿Cualquier miembro de su familia ha sido diagnosticado con fibromyalgia, fatiga cronica o depresion? Si No

Perfil Inicial Del Estrés

55. ¿Te sientes que no tienes suficiente tiempo para realizar tus tareas o siempre lo dejas para lo último? Si No
56. ¿Experimenta ansiedad acerca de completar sus tareas? Si No
57. ¿Ignorar o sentir que no presta suficiente atención a áreas importantes de su vida como familia, enriquecimiento personal, y / o de ocio? Si No
58. ¿Usa usted una agenda al hacer sus planes o usas tu memoria para hacer un seguimiento de las cosas? Agenda Memoria
59. ¿Tómate tiempo para rezar y/o meditar regularmente? Si No
60. ¿Cuántas veces por semana te sientes con extrema tensión (familia o finanzas) o estrés en el trabajo? _____
61. Por favor, describa: _____
62. ¿Ves a un terapeuta para el estrés? Si No Por favor, describa: _____

Objetivos De Salud

63. La gente considera quiroprácticos por una variedad de razones diferentes. Algunas personas lo utilizan para aliviar el dolor, otros para corregir la causa de su dolor o para la prevención. Su doctor le dará peso a sus necesidades al recomendar su programa de bienestar para mejorar su salud. Por favor, marque el tipo de cuidado deseado que le ayude a alcanzar sus metas, entonces podríamos concentrarnos en sus deseos, siempre que sea posible.
- Alivio sintomático - Alivio del dolor o las molestias.
 - Atención correctiva - Alivio para el dolor, estabilizando la causa de su problema, corrigiendo el problema eventualmente.
 - Prevención - Mantener su cuerpo con el mayor grado de salud.
 - Quiero que el doctor seleccione el tipo apropiado de cuidado para mi condición.
64. Indican el nivel de su compromiso para solucionar el problema.
(No muy comprometida) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy comprometido)
65. ¿Qué tan comprometido a tomar las medidas para mejorar su salud general?
(No muy comprometida) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy comprometido)