Historial Médico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Fecha:_____

Domicilio: _____ Ciudad y Estado: _____ C.P.:_____

Teléfono: _____ Correo electrónico:_____

Num. Seguro Social: _____ Masculino ____Femenino____ Soltero____ Casado_____ Divorciado_____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Nombre del cónyuge: _____

Número de Hijos: _____ ¿A quién podemos agradecer haberlo referido con nosotros? _____

¿Ha visitado a un quiropráctico antes? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Resumen de Historial Médico

Pasado	Presente		Pasado	Presente		Pasado	Presente	
☐	☐	Dolor de cabeza	☐	☐	Rigidez en cuello	☐	☐	Malestar estomacal
☐	☐	Migrañas	☐	☐	Estreñimiento	☐	☐	Tensión
☐	☐	Mareo	☐	☐	Sensibilidad a la luz	☐	☐	Lesión deportiva
☐	☐	Trastorno de la ATM	☐	☐	Dolor menstrual	☐	☐	Accidente de auto
☐	☐	Fatiga	☐	☐	Irregularidad menstrual	☐	☐	Problema de peso
☐	☐	Problemas para dormir	☐	☐	Desmayo	☐	☐	Acidez
☐	☐	Diarrea	☐	☐	Dolor de espalda	☐	☐	Acidez
☐	☐	Sudores fríos	☐	☐	Repique en oídos	☐	☐	Ulceras
☐	☐	Cambios de humor	☐	☐	Irritabilidad	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Adormecimiento de piernas	☐	☐	Frio en manos/pies	☐	☐	Alta presión sanguinea
☐	☐	Perdida de olfato/gusto	☐	☐	Fiebre	☐	☐	Calores
☐	☐	Zumbido en oídos	☐	☐	Problemas para orinar	☐	☐	Otro: _____
☐	☐	Entumecimiento en dedos	☐	☐	Dolor de cuello			_____
☐	☐	Depresión	☐	☐	Perdida de equilibrio			_____

Indique cualquier medicamentos: _____
_____

En una escala de 1-10, siendo 10 perfecto estado de salud, hoy en día la salud de mi hijo es un_____/10.
Me gustaría que fuera un _____/10.

¿Hay algo más sobre lo que le gustaría informar al doctor?
_____
_____
_____
_____
_____

Medio: Algunas partes de sus visitas pueden ser monitoreadas con fotografía, video, o grabaciones de audio. Por favor inicial para indicar que usted ha sido informado.

_____(Iniciales)