

Nombre _____ Numero de Teléfono _____

Ocupación: _____

Contacto de Emergencia(Nombre y Numero de Teléfono) _____

- Nombre del Doctor Familiar _____
- Nombre del Doctor de Referencia _____
- Cuando regresa a ver al doctor de referencia? _____
- Ha visto a cualquier otro doctor para su condición reciente?
 - Doctor Quiropráctico Especialista de los Pies Ortopedista cirujano
 - Dentista Neurológico Terapeuta físico Otro: _____

Historial Medico:

Ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones? Marque todas las que le correspondan.

- Presión arterial alta Condición del corazón Accidente cerebrovascular
- Osteoporosis Convulsiones/ epilepsia Problemas con la vista
- Diabetes Neuropatía periférica Problemas de audición
- Desmayos/ mareos Enfisema Dolores de cabeza frecuentes o severos
- Problemas intestinales o de la vejiga Cáncer Artritis Asma
- Otro: _____

- Ha tenido caídas en el ultimo año? SI NO Si, si como cuantas? _____
- Tiene un historial de fracturas? SI NO Donde? _____
- Tiene implantes de metal? SI NO Donde? _____
- Fuma? SI NO Cuanto al día? _____
- Hace ejercicio regularmente? SI NO Con que frecuencia? _____
- Tiene alguna alergia? SI NO Ha que? _____
- Esta embarazada o cree poder estarlo? SI NO

Medicamentos:

Por favor haga una lista de cualquier medicamento que este usando(recetado o sin receta) o cualquier suplemento que este tomando: _____

Cirugías: Por favor haga una lista de todas las cirugías que ha tenido incluyendo las fechas: _____

Exámenes para diagnosticar: Por favor marque cualquier examen o procedimiento que le han hecho para su condición actual:

- Rayos-X MRI(Examen de Resonancia Magnética) CT Scan(Escáner Cerebral)
- Escáner de los Huesos EMG Análisis de Sangre Densidad de los hueso
- Ultrasonido

Condición actual

- Cual es el problema por el cual esta aquí hoy? _____
- Cual es la fecha de cuando el problema empezó? _____
- Ha tenido síntomas similares anteriormente? _____
- Ha recibido tratamiento medico para esta condición anteriormente? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Terapeuta _____ Fecha _____