

INFORMACION PERSONAL

Fecha	Seguro Social			Fecha de Nacimiento			
Nombre							
Direccion							
Ciudad		Estado	Codiş	go Postal			
Telefonos: Casa		Celular					
Dirección de correo el							
Sexo M F Solter	o(a) Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Separad	lo(a)		
Empleo			Teléfono de I	Empleo			
Dirección de Empleo_			_Ocupación				
Aquien le agradecemo	os por haberlo(a) refe	rido?					
¿Quién es su médico?							
¿PrevioQuiropráctico							
contacto en Caso de E	mergencia aquien po	demos llamar?					
Teléfono							
T. F. (T. D.	11					
Tu Estaura	Tu Peso	lbs					
Si tiene dolor, marque	la ubicación evacta o	de su dolor en el	diagrama a c	ontinuaci	ón		
or tiene doloi, marque		ESTOS DIAGE	C	ontinuaci	011.		
	COMPLETE		os síntomas (c	cómo : Cı	uándo o	comen	zó esto? Started when
	()		avor, marque e	ا ا			20 esto: started when
		círculo)	, 1				
(\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		Persistente					
		Insensibilizad	.0	Es	s peor e	ntrar c	salir de un auto-
		Ardor		mo	bil?	Sí	No
(a) ()		Calambres					
The state of the s	The state of the s	Hormigueo					
)\(,/) ' \	Entumecimie	nto	I			
		Rigidez					
		Afilado					
	////	Palpitante					
WEY (SI)	W Gr	Disparo con r					
		Apuñalamien	to con movimi	iento			
		Otro					

PRINCIPAL PREOCUPACIÓN (Sírvase describa su principal problema)				
tienes algun problema de sequndaico: other health				
Duración y tiempo (cuándo comenzó y con qué frecuencia lo hizo) lo sientes? ☐ Constante ☐ Va y viene				
¿Con qué frecuencia?				
Radiación (¿Cómo afecta a otras áreas de su cuerpo? A qué área se irradia, dispara o viaja el dolor?)				
Factores agravantes o aliviadores ¿(lo que lo mejora o empeora, como la hora del día, los movimientos, ciertas activi-				
dades, etc. Que tiende a empeorar el problema?				
¿Que tiende a disminuir El problema?				
Intervenciones previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?) Medicamentos recetados Medicamentos de farmacia: Alieve, Ibuprofeno, Motrin, Tylenol Fisioterapia Acupuntura Cirugía Hielo Calor Qué más debe saber el Dr. Chris Thompson sobre su condición actual?				
¿Cómo interfiere su condición actual con su trabajo? (Círculo) Ninguno Levemente Moderadamente Sustancial ¿Cómo ha afectado esta condición actual a tu vida social? (Círculo) Ninguno Levemente Moderadamente Sustancial				
Revisión de sistemas La atención quiropráctica se centra en la integridad de su sistema nervioso que controla y regula todo su cuerpo. Revisión de Sistemas: marque con un círculo cualquier problema / síntoma que tenga:				
Neurológico: Ansiedad, Depresión, Dolores De Cabeza, Mareos, Alfileres Y Agujas, Entumecimiento.				
Cardiovascular: Presión Arterial Alta, Presión Baja Blood, Moretones Excesivos, Colesterol Alto, Mala Circulación, Dolor enel Pecho. Respiratorio: Asma, Dificultad Para Respirar, Fiebre Del Heno, Neumonía.				
Digestivo : Anorexia / Bulimia, Sensibilidad A Los Alimentos Para Úlceras, Acidez Estomacal, Estreñimiento, Diarrea.				
Sensorial: Visión Borrosa, Zumbido En Los Oídos, Pérdida De Audición, Pérdida Del Olfato, Pérdida Del Gusto.				
Piel: Cáncer De Piel, Psoriasis, Eczema, Erupción, Acné, Pérdida De Cabello.				
Endocrino: Problemas De Tiroides, Trastornos Inmunológicos, Infecciones Frecuentes, Hipoglucemia, Glándulas Inflamadas, Baja Energía. Genitourinario: Cálculos Renales, Problemas De Próstata, Síntomas Del Síndrome Premenstrual, Enuresis.				
Constitucional: Desmayos, Libido Baja, Falta De Apetito, Fatiga, Debilidad, Pérdida Repentina De Peso.				
Haga una lista de cualquier enfermedad que haya tenido: illnesses				
Haga una lista de cualquier cirugía que haya tenido: Surgeries				
Haga una lista de todos los medicamentos que toma: Meds				

Haga una lista de todos los medicamentos que toma: Meds				
Antecedentes Familiares Antecedentes familiares algunos problemas de salud son hereditarios. ¿Existen enfermedades, trastornos, afeccione				
dolencias graves que afecten a su familia? ¿Los miembros de la familia han tenido alguno de los siguientes:(Círculo				
Cáncer, Diabetes, Enfermedad cardíaca o venosa, Artritis reumatoide, Otro				
Historia personal / social				
¿Cuál es su ocupación? Describa sus deberes ¿Qué ejercicio regular participa?				
¿Qué otros intereses / pasatiempos disfruta?				
¿Come una dieta equilibrada? Describa				
¿Cuánta agua bebe? por día?				
Duerme lo suficiente? Si no, ¿Se debe al dolor? ¿Cuántas horas?				
¿Ha habido cambios en sus hábitos intestinales o de vejiga?				
¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en promedio por semana por semana? ¿Fuma?				
¿Ha habido estresores importantes en su vida últimamente?				
¿Cómo maneja el estrés?				
•				

Actividades diarias

¿Cómo interfiere esta condición actualmente con su vida y capacidad para funcionar? circulo número 1- 4 $\,$

	No Efecto	leve Efecto	Moderado Efecto	Severo Efecto		No Efecto	leve Efecto	Moderado Efecto	Severo Efecto
Sentada	1	2	3	4	Compras	1	2	3	4
Levantarse de la silla	. 1	2	3	4	Tareas domésticas	1	2	3	4
Estar de pie	1	2	3	4	Elevación de objetos	1	2	3	4
Andante	1	2	3	4	Elevar por encima de la cab	eza 1	2	3	4
Acostado	1	2	3	4	Ducharse o bañarse	1	2	3	4
Inclinarse	1	2	3	4	Vestirse	1	2	3	4
Subir escaleras	1	2	3	4	Vida amorosa	1	2	3	4
Uso de una computado	ora 1	2	3	4	Cómo conciliar el sueño	1	2	3	4
Subir / salir del coch		2	3	4	Permanecer dormido	1	2	3	4
Conducir un coche	1	2	3	4	Concentracion	1	2	3	4
Mirando por encima d	el hom	bro 1	2 3	4	Ejercicio	1	2	3	4
Cuidado de la famili	a 1	2	3	4	Trabajo en el jardín	1	2	3	4

Autorización:

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, sean mantenidos adecuadamente confidencial.

Certifico que he leído y entiendo la información anterior a mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al quiropráctico a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado en mi hijo o en mí mismo durante el período de dicha atención quiropráctica o profesionales de la salud. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes.

Para establecer expectativas claras, mejorar las comunicaciones y obtener los mejores resultados en el menor tiempo

De Conocimientos:

posible. Por	favor, lea cada declaración e inicie su acuerdo.	
Iniciales		reprogramar una cita y para que me envíen ocasional lectrónicos o información de salud para mí como una
Iniciales	Reconozco que cualquier acuerdo de seguro es ent de cualquier acuerdo de seguro cubierto. o servicio	re el transportista y yo y que soy responsable del pago os no cubiertos que recibo.
Iniciales	En la medida de mis posibilidades, la información giversado la presencia, la gravedad o causa de mi p	que he proporcionado es completa y veraz. No he ter reocupación de salud.
Iniciales	Estoy de acuerdo en aceptar correos electrónicos o educativos y de programación.	le marketing y mensajes de texto de la oficina con fines
Firma del p	aciente (o padre de un menor)	

El pago total se espera en la primera visita por los servicios prestados. El pago se realizará mediante: Hectivo Check, Visa / Mastercard o Discover. Las consultas son gratuitas. La tarifa para un examen y el primer tratamiento es tipi caimente \$160.

Índice de Discapacidad del Cuello

Nombre del Paciente:	Fecha del Examen			
Favor de Leer:				
La intención de este cuestionario es para dar al doctor informa	ación en como el dolor de la espalda le esta afectando			
su habilidad de dirigir su vida. Favor de contestar cada sección				
usted considere que mas de una de las declaraciones le apliqu	ue, pero favor de marcar solo una caja que describe con			
exactitud su problema.				
Sección 1 – Intensidad del Dolor	Sección 6 – Concentración			
No tengo dolor al momento.	Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, sin dificultad.			
El dolor es muy templado al momento.	☐ Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, con un poco de dificultad.			
☐ El dolor es moderado al momento.	☐ Tengo un grado justo de dificultad en concentrándome cuando deseo.			
☐ El dolor es bastante severo al momento.	Tengo mucha dificultad concentrándome cuando deseo.			
□ El dolor es muy severo al momento.□ El dolor es lo peor imaginable al momento.	☐ Tengo bastante dificultad concentrándome cuando deseo. ☐ No puedo concentrarme.			
☐ El dolor es lo peor imaginable al momento.	in no puedo concentrarme.			
Sección 2 – Cuidado Personal	Sección 7 – Dormir			
☐ Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.	☐ Dolor no me impide dormir.			
Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.	☐ Mi sueño es perturbado ligeramente (menos de 1 hora desvelado).			
☐ Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.	☐ Mi sueño es perturbado ligeramente (1-2 horas desvelado).			
□ Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuida dos personales.	☐ Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 horas desvelado).			
Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuida do personal.	☐ Mi sueño es perturbado bastante (3-5 horas desvelado).			
☐ No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.	☐ Mi sueño es perturbado completamente.			
Sección 3 – Levantar	Consién O. Monoiando			
☐ Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.	Sección 8 – Manejando			
☐ Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.	☐ Puedo manejar el auto sin causarme dolor en el cuello.			
☐ El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo	☐ Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un poco de dolor en el cuello.			
controlar si están en una posición conveniente, e.g., en la mesa.	☐ Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un dolor moderado en el cuello.			
☐ El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.	No puedo manejar el auto lo largo que deseo por el dolor moderado en el cuello.			
☐ Puedo levantar solamente cosas ligeras.	Casi no puedo manejar por causa de mi dolor severo en el cuello.			
☐ No puedo levantar o cargar nada.	☐ No puedo manejar mi auto.			
	Sección 9 - Lectura			
Sección 4 – Trabajo	☐ Puedo leer lo mucho que deseo sin causarme mas dolor en el cuello.			
☐ Puedo hacer todo el trabajo que deseo.	☐ Puedo leer lo mucho que deseo con un poco de dolor en el cuello.			
Solamente puedo hacer mi trabajo de siempre, pero no más.	☐ Puedo leer lo mucho que deseo con un dolor moderado en el cuello.			
 ☐ Puedo hacer casi todo mi trabajo de siempre, pero no más. ☐ No puedo hacer mi trabajo como de costumbre. 	☐ No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor moderado en el cuello.			
☐ Casi no puedo hacer ninguna clase de trabajo	☐ No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor severo en el cuello.			
□ No puedo hacer mi trabajo como de costumbre. □ Casi no puedo hacer ninguna clase de trabajo □ No puedo hacer ninguna clase de trabajo. Sección 5 – Dolores de Cabeza	☐ No puedo leer para nada.			
Sección 5 – Dolores de Cabeza	Sección 10 – Recreo			
□ No tengo dolores de cabeza.	☐ Puedo participar en todas mis actividades recreativas con ningún dolor en el cuello.			
☐ Tengo dolores de cabeza. ☐ Tengo dolores de cabeza ligeramente que vienen pocas veces.	☐ Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algún dolor en el cuello.			
☐ Tengo dolores de cabeza moderado que vienen pocas veces.	☐ Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por causa			
☐ Tengo dolores de cabeza moderado que vienen frecuentemente.	del dolor en el cuello.			
☐ Tengo dolores de cabeza severos que vienen frecuente	☐ Puedo participar en pocas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.			
☐ Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.	Apenas puedo hacer algunas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.			
	☐ No puedo hacer ninguna actividad recreativa.			
No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	9 10 Exeruciating Pain			
0 1 2 3 1 3 0 7 0 .	, 10			

Raw Score ______% Disability

OSWESTRY LOW BACK QUESTIONNAIRE



Nombre del Paciente:	Fecha del Examen:	

Favor de Leer:

La intención de este cuestionario es para dar al doctor información en como el dolor de la espalda le esta afectando su habilidad de dirigir su vida. Favor de contestar cada sección y marque solamente una caja que le aplique. Quizás usted considere que mas de una de las declaraciones le aplique, pero favor de marcar solo una caja que describe con exactitud su problema.

Sección 1 – Intensidad del Dolor	Sección 6 – Estar de pie			
☐ Puedo tolerar el dolor sin medicina.	☐ Puedo estar de pie por mucho tiempo sin causar más dolor.			
□El dolor es fuerte pero puedo controlarlo sin medicina.	☐ Puedo estar de pie por mucho tiempo pero si me causa mas dolor.			
☐ Medicina me da completamente alivio al dolor.	☐ Dolor me impide estar de pie por más de una hora.			
☐ Medicina me da moderado alivio al dolor.	☐ Dolor me impide estar de pie por más de 30 minutos.			
☐ Medicina me da poquito alivio al dolor.	☐ Dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.			
☐ Medicina no me alivia al dolor, no las tomo.	☐ Dolor me impide estar de pie por cualquier tiempo.			
Sección 2 – Cuidado Personal	Sección 7 – Dormir			
☐ Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.	☐ Dolor no me impide dormir.			
☐ Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.	☐ Puedo dormir bien solo con medicina.			
☐ Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y	☐ Aun con medicina, duermo menos de 6 horas.			
cuidadoso.	☐ Aun con medicina, duermo menos de 4 horas.			
☐ Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.	Aun con medicina, duermo menos de 2 horas.			
☐ Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado	☐ Dolor me impide dormir.			
personal.	Sección 8 – Vida Social			
□ No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la	☐ Mi vida social es normal y no me da más dolor.			
cama.	☐ Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.			
Sección 3 – Levantar	Dolor no afecta significantemente mi vida social aparte de limitar intereses			
☐ Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.	energéticos como el bailar.			
☐ Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.	☐ Dolor me ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente.☐ Dolor me ha restringido mi vida social en la casa.			
☐ El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición	☐ No tengo vida social por causa del dolor.			
conveniente, e.g., en las mesa.	Sección 9 – Viajar			
☐ El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición	☐ Puedo viajar a cualquier sitio sin causarme más dolor.			
conveniente.	☐ Puedo viajar a cualquier sitio pero si me causa dolor.			
☐ Puedo levantar solamente cosas ligeras.	☐ El dolor es fuerte pero puedo controlarlo por más de 2 horas.			
☐ No puedo levantar o cargar nada.	☐ Dolor me ha restringido mis viajes no más de una hora			
Sección 4 – Andar	☐ Dolor me ha restringido hacer viajes necesarias que sean cortos, no más de 30 minutos.			
☐ El dolor no me impide caminar.	☐ Dolor me impide viajar aparte de ir al hospital o ver el doctor.			
☐ El dolor me impide caminar más de una milla.	- · · · · · · · · · · · · ·			
☐ El dolor me impide caminar más de ½ milla.	Sección 10 - Empleo/trabajo doméstico			
☐ El dolor me impide caminar más de ¼ milla.	☐ Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico no causan el dolor.			
☐ Solo puedo caminar usando un palo o muletas.	☐ Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.			
☐ Usualmente estoy en la cama y tengo que gatear para	☐ Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de empleo/trabajo doméstico,			
iral baño. Sección 5 – Sentado LOW BACK	pero el dolor me impide realizar las actividades más físicamente estresantes como levantar o limpiar con aspiradora.			
	☐ El dolor me impide hacer cualquier trabajo con excepción de trabajo ligero.			
☐ Puedo sentarme en cualquier asiento.	☐ El dolor me impide aun hacer trabajo ligero.			
☐ Solamente puedo estar sentado en mi propio asiento favorito.	☐ El dolor me impide realizar cualquier tarea de empleo o de trabajo doméstico			
☐ Dolor me impide estar sentado más de una hora.				
☐ Dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.				
☐ Dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.				
☐ Dolor me impide estar sentado totalmente.				
No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	9 10 Exeruciating Pain			
	Raw Score% Disability			