

Cuestionario de Salud Quiropráctica

Nombre _____ Telefono _____

Direccion _____ Apt # _____ Celular # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ SS# _____

Ocupacion _____ Empleador _____

La mayoría de nuestros pacientes son referidos por un miembro de familia o amigo. Quien o que influyo tu decision a visitar a nuestra clinica? Nombre de amigo/ miembro de familia _____

Llamada telefonica Paginas amarillas Aviso en la calle Website Presentacion E-mail Periodico TV

1. Circule el sintoma/s o dolor principal que esta sintiendo.

Espalda alta Espalda baja Cuello Cabeza Hombros Pierna Otro _____

2. Que has notado que empeora esta condition?

3. Que has notado que mejora esta condicion?

4. Como tu piensas que comenzo el problema?

5. El dolor es peor en la mañana o en la noche? _____

6. Medicamentos o remedios causan efectos secundarios, esconden la severidad de problemas y impiden la recuperacion del cuerpo. Que medicamentos esta tomando? Ejemplo [Tylenol, Advil, Alleve, Motrin, Otro] _____

7. Este problema le afecta o impide con su trabajo, su relación familiar, sus actividades recreacionales, hacienda labores domesticas, limpiando la casa? SI NO Cual?

8. A que otro doctor o professional haz ido para esta condicion?

9. Ha tenido alguna cirugia, hospitalizacion o lesiones relacionadas a esta condicion?

10. Que quisieras lograr en esta consulta/ o en nuestra clinica?

11. Si el médico se siente que la quiropráctica le ayudará, estará usted dispuesto/a a seguir sus recomendaciones? SI NO

12. Le gustaria recibir nuestra revista electrónica "health and wellness" mensual via e-mail? SI NO

Firma _____ **Fecha** _____