

Historial de Salud del Nuevo Paciente

Historial de salud integral para nuevos pacientes de quiropraxis incluyendo historial de salud espinal e historial de lesiones

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Información de Referencia

¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Referencia de un médico

☐ Amigo o familia

☐ Proveedor de seguros

☐ Búsqueda en línea

☐ Redes sociales

☐ Otro

Médico de Atención Primaria

Teléfono del Médico

Motivo Principal de Consulta

¿Cuál es su razón principal para visitarnos hoy? *

¿Dónde experimenta dolor o molestia? *

☐ Cabeza / Dolores de cabeza

☐ Cuello

☐ Espalda superior

☐ Espalda media

☐ Espalda baja

☐ Cadera

☐ Hombro izquierdo

☐ Hombro derecho

☐ Brazo/mano izquierdo

☐ Brazo/mano derecho

☐ Pierna/pie izquierdo

☐ Pierna/pie derecho

Nivel de dolor actual (0 = sin dolor, 10 = peor dolor imaginable) *

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10

¿Cómo describiría el dolor?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Agudo | ☐ Sordo/Adolorido | ☐ Ardiente |
| ☐ Pulsátil | ☐ Punzante | ☐ Hormigueo/Adormecimiento |
| ☐ Rigidez | ☐ Constante | ☐ Intermitente |

¿Cuándo comenzó este dolor? *

- ☐ Hoy ☐ Hace unos días ☐ Hace unas semanas
☐ Hace unos meses ☐ Hace más de un año

¿Qué causó o desencadenó el dolor?

Historial de Lesiones y Accidentes

¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

- | | |
|--|--|
| ☐ Accidente automovilístico o vehicular | ☐ Lesión relacionada con el trabajo |
| ☐ Lesión deportiva | ☐ Resbalón o caída |
| ☐ Lesión por levantamiento de peso | ☐ Latigazo cervical |
| ☐ Fractura ósea | ☐ Cirugía de columna vertebral |
| ☐ Ninguno de los anteriores | |

Proporcione detalles sobre cualquier lesión (fechas, tratamientos recibidos)

¿Ha recibido tratamiento quiropráctico antes? *

- ☐ Sí ☐ No

Si es así, describa el tratamiento quiropráctico anterior y los resultados

Condiciones Médicas

¿Actualmente tiene o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?

- | | |
|--|--|
| ☐ Artritis | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Hernia discal o abultamiento | ☐ Estenosis espinal |
| ☐ Escoliosis | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Diabetes | ☐ Presión arterial alta |
| ☐ Cáncer | ☐ Accidente cerebrovascular o AIT |
| ☐ Marcapasos o dispositivo implantado | ☐ Ninguno de los anteriores |

Medicamentos actuales y suplementos

Estilo de Vida y Actividades Diarias

Ocupación

Su trabajo principalmente implica:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Sentarse en un escritorio | ☐ Estar de pie | ☐ Trabajo físico |
| ☐ Conducir | ☐ Mezcla de actividades | |

¿Con qué frecuencia hace ejercicio?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ☐ Diariamente | ☐ 3-5 veces por semana | ☐ 1-2 veces por semana |
| ☐ Raramente | ☐ Nunca | |

¿Cómo calificaría la calidad de su sueño?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Excelente | ☐ Bueno | ☐ Aceptable |
| ☐ Malo | | |

Consentimiento y Firma

Certifico que la información anterior es exacta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Acepto notificar a la oficina cualquier cambio en mi estado de salud.

Confirmo que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.