

Histórico de Saúde do Novo Paciente

Histórico de saúde abrangente para novos pacientes de quiropraxia, incluindo saúde espinal e histórico de lesões

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Informações de Referência

Como você conheceu nossa clínica?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Indicação de médico | ☐ Amigo ou familiar | ☐ Provedor de seguro |
| ☐ Busca online | ☐ Redes sociais | ☐ Outro |

Médico de Cuidados Primários

Telefone do Médico

Queixa Principal

Qual é seu principal motivo para a consulta hoje? *

Onde você sente dor ou desconforto? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Cabeça / Dores de cabeça | ☐ Pescoço | ☐ Parte superior das costas |
| ☐ Meio das costas | ☐ Parte inferior das costas | ☐ Quadril |
| ☐ Ombro esquerdo | ☐ Ombro direito | ☐ Braço/mão esquerda |
| ☐ Braço/mão direita | ☐ Perna/pé esquerdo | ☐ Perna/pé direito |

Nível de dor atual (0 = sem dor, 10 = pior dor possível) *

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

Como você descreveria a dor?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Aguda | ☐ Surda/Latejante | ☐ Queimante |
| ☐ Pulsátil | ☐ Penetrante | ☐ Formigamento/Dormência |
| ☐ Rigidez | ☐ Constante | ☐ Intermitente |

Quando essa dor começou? *

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hoje | ☐ Há alguns dias | ☐ Há algumas semanas |
| ☐ Há alguns meses | ☐ Há mais de um ano | |

O que causou ou desencadeou a dor?

Histórico de Lesões e Acidentes

Você experienciou algum dos seguintes?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Acidente automóvel ou veicular | ☐ Lesão relacionada ao trabalho | ☐ Lesão esportiva |
| ☐ Queda ou escorregão | ☐ Lesão ao levantar peso | ☐ Chicotada cervical |
| ☐ Fratura óssea | ☐ Cirurgia de coluna vertebral | ☐ Nenhuma das anteriores |

Forneça detalhes sobre quaisquer lesões (datas, tratamentos recebidos)

Você já recebeu tratamento quiroprático antes? *

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, descreva o tratamento quiroprático anterior e resultados

Condições Médicas

Você tem ou foi diagnosticado com alguma das seguintes condições?

- | | |
|--|--|
| ☐ Artrite | ☐ Osteoporose |
| ☐ Hérnia de disco ou protrusão | ☐ Estenose espinal |
| ☐ Escoliose | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Diabetes | ☐ Pressão alta |
| ☐ Câncer | ☐ Acidente vascular cerebral ou AIT |
| ☐ Marca-passo ou dispositivo implantado | ☐ Nenhuma das anteriores |

Medicamentos e suplementos atuais

Estilo de Vida e Atividades Diárias

Profissão

Seu trabalho envolve principalmente:

- ☐ Sentar em uma mesa ☐ Em pé ☐ Trabalho físico
☐ Dirigir ☐ Mistura de atividades

Com que frequência você se exercita?

- ☐ Diariamente ☐ 3-5 vezes por semana ☐ 1-2 vezes por semana
☐ Raramente ☐ Nunca

Como você avaliaria a qualidade do seu sono?

- ☐ Excelente ☐ Bom ☐ Satisfatório
☐ Ruim

Consentimento e Assinatura

Certifico que as informações acima são precisas e completas conforme meu melhor conhecimento. Entendo que fornecer informações incorretas pode ser perigoso para minha saúde. Concordo em notificar o consultório sobre qualquer mudança no meu estado de saúde.

Confirmo que li e entendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e entendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.