

Chiropractic Intake Form

Thank you for choosing Community Health Systems, Inc. for your Chiropractic Care! Your Health and Wellbeing is important to us. Please take the time to fill out this form so we can better help you. Let us know if you have any questions.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Date:** _____
Nombre *Fecha de nacimiento* *Fecha*

Have you ever been to a chiropractor? ☐ Yes ☐ No **If yes, when and for what?** _____
¿Alguna vez has tenido cuidado quiropráctico? ☐ Si ☐ No *Si es así, ¿cuándo y para qué?*

What is the reason for your visit today? _____
¿Cuál es la razón por su visita?

- I. Is today's visit related to a work injury? ☐ Yes ☐ No
¿La visita de hoy está relacionada con una lesión laboral? ☐ Si ☐ No
- II. Is today's visit related to an auto accident? ☐ Yes ☐ No
¿La visita de hoy está relacionada con un accidente automovilístico? ☐ Si ☐ No

Are you experiencing pain/discomfort today? If so, please rate from 0 to 10 (0 = None, 10 = Very Severe)?
¿Experiencia dolor/molestia hoy? Si es así, por favor califique del 0 a 10 (0 = Ninguno, 10 = Muy grave)

☐ **Neck Pain** dolor de cuello ____/10
Describe your pain: ☐ Sharp *sensacion aguda* ☐ Dull *sensacion opaca* ☐ Burning *sensacion de quemarse*
Describe tu dolor ☐ Other *otro* _____
How often do you have pain? *¿con qué frecuencia tiene dolor?*
☐ Occasional *Ocasional* (25%) ☐ Intermittent *Intermitente* (50%)
☐ Frequent *Frecuente* (75%) ☐ Constant *Constante* (100%)

☐ **Mid Back Pain** dolor de espalda media ____/10
Describe your pain: ☐ Sharp *sensacion aguda* ☐ Dull *sensacion opaca* ☐ Burning *sensacion de quemarse*
Describe tu dolor ☐ Other *otro* _____
How often do you have pain? *¿con qué frecuencia tiene dolor?*
☐ Occasional *Ocasional* (25%) ☐ Intermittent *Intermitente* (50%)
☐ Frequent *Frecuente* (75%) ☐ Constant *Constante* (100%)

☐ **Low Back Pain** dolor lumbar ____/10
Describe your pain: ☐ Sharp *sensacion aguda* ☐ Dull *sensacion opaca* ☐ Burning *sensacion de quemarse*
Describe tu dolor ☐ Other *otro* _____
How often do you have pain? *¿con qué frecuencia tiene dolor?*
☐ Occasional *Ocasional* (25%) ☐ Intermittent *Intermitente* (50%)
☐ Frequent *Frecuente* (75%) ☐ Constant *Constante* (100%)

☐ **Other** *otro* _____ ____/10
Describe your pain: ☐ Sharp *sensacion aguda* ☐ Dull *sensacion opaca* ☐ Burning *sensacion de quemarse*
Describe tu dolor ☐ Other *otro* _____
How often do you have pain? *¿con qué frecuencia tiene dolor?*
☐ Occasional *Ocasional* (25%) ☐ Intermittent *Intermitente* (50%)
☐ Frequent *Frecuente* (75%) ☐ Constant *Constante* (100%)

Chiropractic Intake Form

Do you have numbness or tingling? ☐ Yes ☐ No
¿Tienes entumecimiento u hormigueo? ☐ Si ☐ No

If yes, where? _____
¿Si es así, dónde?

Are you taking any medications? ☐ Yes ☐ No
¿Está tomando algún medicamento? ☐ Si ☐ No

Please List: _____
¿Por favor indique?

What makes your pain better?
¿Qué hace que tu dolor mejore?

What makes your pain worse?
¿Qué hace que tu dolor empeore?

What else are you doing for your pain?
¿Qué más estás haciendo por tu dolor?

How did you hear about us?: _____
¿Cómo supiste de nosotros?

Mark where you have pain. Marca donde tengas dolor.

