

Chiropractic Re-Evaluation 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

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

- I. Have you had any new injuries or accidents, including auto accidents or work injuries, since your last visit? ☐ Yes ☐ No
¿Ha tenido alguna lesión o accidente nuevo, incluidos accidentes automovilísticos o lesiones laborales, desde su última visita?
☐ Si ☐ No
- II. Do you have any new health concerns you would like to discuss today? ☐ Yes ☐ No
¿Tiene alguna nueva preocupación de salud que le gustaría discutir hoy? ☐ 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 sensación aguda ☐ Dull sensación opaca ☐ Burning sensación 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 sensación aguda ☐ Dull sensación opaca ☐ Burning sensación 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 sensación aguda ☐ Dull sensación opaca ☐ Burning sensación 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 sensación aguda ☐ Dull sensación opaca ☐ Burning sensación 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 Re-Evaluation 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?

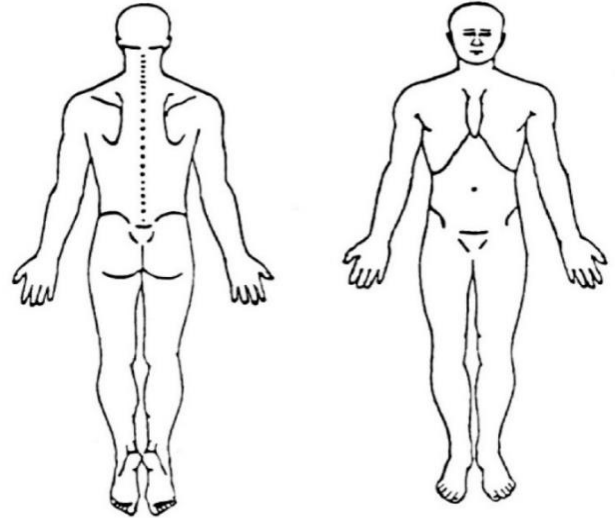
What makes your pain worse?

¿Qué hace que tu dolor empeore?

What else are you doing for your pain?

¿Qué más estás haciendo por tu dolor?

Mark where you have pain. Marca donde tengas dolor.



Did you know Community Health Systems, Inc. offers additional services such as Dental, Behavioral Health, and more?

Inquire today for more information!