

Lista De Verificación De Historial De Salud Personal

Gracias por elegir Community Health Systems, Inc. para su atención quiropráctica! Su salud y bienestar es importante para nosotros. Por favor, tómese el tiempo para completar este formulario para que podamos ayudarte mejor. Háganos saber si tiene alguna pregunta.

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Musculoesquelética:

Dolor crónico en:

- ☐ Cuello
- ☐ Espalda
- ☐ Espalda media
- ☐ Espalda baja
- ☐ Cadera (derecha/izquierda)
- ☐ Brazo (derecha/izquierda)
- ☐ Pierna (derecha/izquierda)
- ☐ Tobillo/pie (derecha/izquierda)
- ☐ Hombro (derecha/izquierda)
- ☐ Muñeca/Mano (derecha/izquierda)
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Artritis
- ☐ Escoliosis
- ☐ Bursitis de la: _____
- ☐ Fascitis plantar
- ☐ Trastorno temporomandibular dolor/disfunción
- ☐ Dolores de cabeza crónicos
- ☐ Tendinitis de la: _____
- ☐ ¿Latigazo? Cuando?: _____
- ☐ Distensiones/esguinces de la: _____
- ☐ Joroba viuda (torácica)
- ☐ Mala postura
- ☐ En el equipo más de 2hrs/día. N° de Hrs.: _____

Sistema Nervioso:

- ☐ Mareo/vértigo
- ☐ Migrañas
- ☐ Esclerosis lateral amiotrófica
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Parálisis de Bell
- ☐ Neuritis
- ☐ Lesión de la médula espinal
- ☐ Neuralgia del trigémino
- ☐ Convulsiones/epilepsia
- ☐ Convulsiones/Epíhistoria de la conmoción cerebral

Solo mujeres:

- ☐ Actualmente embarazada: # semanas _____
- ☐ Ciclo menstrual irregular
- ☐ Cólicos menstruales
- ☐ Menopausia
- ☐ Digestivo
- ☐ Úlceras
- ☐ Colitis
- ☐ Síndrome del intestino irritable
- ☐ Enfermedad de Crone

☐ Intolerancia al gluten

☐ Estreñimiento

☐ Diarrea

☐ Cálculos biliares

☐ Gases/distensión abdominal

☐ Indigestión crónica

Cardiovascular/Circulación:

- ☐ Problemas cardíacos: _____
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Embolio
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Anemia
- ☐ Hemofilia
- ☐ Hipertensión/presión arterial alta

☐ Presión arterial baja

☐ Enfermedad arterial periférica

☐ Enfermedad de Raynaud

☐ Varices

☐ Coágulos de sangre/flebitis

Piel:

- ☐ Sarpullido
- ☐ Infección por hongos
- ☐ Pie de atleta
- ☐ Impétigo
- ☐ Eczema/Dermatitis
- ☐ Psoriasis

- ☐ Hepatitis
- ☐ (VIH) Virus de la Inmunodeficiencia Humana /SIDA
- ☐ Lupus
- ☐ Reumatoide/artritis
- ☐ Falta de sueño/insomnio
- ☐ Alergias _____
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Fatiga crónica
- ☐ Quistes/lipomas
- ☐ Gota en el _____
- ☐ Pines o placas ortopédicas
- ☐ Cirugía _____
- ☐ Accidente automovilístico (¿cuándo?) _____
- ☐ Hospitalizaciones _____
- ☐ Ejercicio regular
- ☐ Sin ejercicio

Psique/Bienestar Mental:

- ☐ Alto estrés
- ☐ Triste
- ☐ Preocuparse
- ☐ Ansiedad/Ataques de pánico
- ☐ Bipolar
- ☐ Síndrome
- ☐ Toxicomanía

☐ Adicción al alcohol

☐ Ludopatía

☐ Poco interés o placer en hacer las cosas

☐ Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza

☐ Dificultad para hacer frente

☐ Me gustaría una referencia/consulta de salud conductual

Dental:

- ☐ Dolor de dientes
- ☐ Dolor en la articulación de la mandíbula/ Trastorno temporomandibular
- ☐ Sobremordida/submordida
- ☐ Más de 6 meses desde la limpieza
- ☐ Más de 1 año desde el último examen dental

Lista De Verificación De Historial De Salud Personal**Respiratoria:**

- ☐ Neumonía
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Asma
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Sinusitis
- ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ☐ Otro: _____

- ☐ Piel fácilmente irritable
- ☐ Otro: _____

Otro:

- ☐ Diabetes
- ☐ Embarazo
- ☐ Cáncer
- ☐ Nefropatía

- ☐ Otro: _____
- ☐ Me gustaría una referencia/consulta dental