

**FORMA DE ADMITENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mayor Queja y cuanto tiempo la ha tenido \_\_\_\_\_

Accidentes relacionados y sus fechas \_\_\_\_\_

Accidentes previos y sus fechas \_\_\_\_\_

¿Tratado por otro Doctor por su condición presente? \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Segundo Doctor \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

**Doctor de Familia** \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

**Quiropráctico Previo** \_\_\_\_\_ Direccion \* \_\_\_\_\_

Primera Visita \_\_\_\_\_ Ultima Visita \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fracturas Y Fechas \_\_\_\_\_

Operaciones Y Fechas \_\_\_\_\_

Inyecciones Regulares \_\_\_\_\_ Fecha de Myelograma \_\_\_\_\_ Vitaminas \_\_\_\_\_

Medicamentos o pastillas para dolores corrientes \_\_\_\_\_

**NO  
SÍNTOMAS**

**DEMASIADOS  
SÍNTOMAS**

Por favor indique el nivel de su problema con una "X"

**CÓDIGO: C=Corriente** problemas que tienes ahora, **P=Pasado** problemas que a tenia, **F=Familia** problemas que existen en su historia familiar.

- |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| _____ 1.Espalda baja (cintura)     | _____ 15. Nausea/Vómitos                   | _____ 29. Descargo del oído       |
| _____ 2.Dolor entre los hombros    | _____ 16. Diarrea                          | _____ 30. Sangran la Nariz        |
| _____ 3. Problemas en el cuello    | _____ 17. Problemas en el colon            | _____ 31. Dolor de Garganta       |
| _____ 4. Problemas con los brazos  | _____ 18. Dolor sobre el estomago          | _____ 32. Voz Ronca               |
| _____ 5.Problemas en las piernas   | _____ 19. Constipación                     | _____ 33. Fiebre del Heno         |
| _____ 6.Problemas para caminar     | _____ 20. Hemorroides                      | _____ 34. Asma                    |
| _____ 7.Espasmos Musculares        | _____ 21. Problemas con el hígado          | _____ 35. Resfriados Frecuentes   |
| _____ 8.Ciática                    | _____ 22. Problemas con la Vesícula Biliar | _____ 36. Tiroides Inflamada      |
| _____ 9.Dolor en el Sacro          | <b><u>Ojos/ Oídos/ Nariz/ Garganta</u></b> | _____ 37. Tonsilitis              |
| _____ 10.Problemas en los pies     | _____ 23. Poca Visión                      | _____ 38. Problemas con sinusitis |
| _____ 11.Problemas en las rodillas | _____ 24. Ojos Bizcos                      | _____ 39. Dolor en la boca        |
| <b><u>Gastro-Instestinal</u></b>   | _____ 25. Dolor en los Ojos                | <b><u>Cardio-Vascular</u></b>     |

- \_\_\_\_\_ 30. Hemorragia nasal
- \_\_\_\_\_ 31. Dolor de Garganta
- \_\_\_\_\_ 32. Voz Ronca
- \_\_\_\_\_ 33. Fiebre del Heno
- \_\_\_\_\_ 34. Asma
- \_\_\_\_\_ 35. Resfriados Frecuentes
- \_\_\_\_\_ 36. Tiroides Inflamada
- \_\_\_\_\_ 37. Tonsilitis
- \_\_\_\_\_ 38. Sinusitis
- \_\_\_\_\_ 39. Dolor en la boca

**Cardio-Vascular**

- \_\_\_\_\_ 40. Palpitación rápida
- \_\_\_\_\_ 41. Palpitación despacio
- \_\_\_\_\_ 42. Dolor sobre el corazón
- \_\_\_\_\_ 43. Previos Problemas con el corazón
- \_\_\_\_\_ 44. Presión alta
- \_\_\_\_\_ 45. Presión baja
- \_\_\_\_\_ 46. Tobillos hinchados
- \_\_\_\_\_ 47. Mala Circulación
- \_\_\_\_\_ 48. Venas Varicosas

**Piel O Alergias**

- \_\_\_\_\_ 49. Comezón
- \_\_\_\_\_ 50. Acardenala fácilmente
- \_\_\_\_\_ 51. Urticaria /Alergia
- \_\_\_\_\_ 52. Psoriasis

**Respiratorio**

- \_\_\_\_\_ 53. Tos Crónica
- \_\_\_\_\_ 54. Escupe Sangre
- \_\_\_\_\_ 55. Escupe flema
- \_\_\_\_\_ 56. Dolor en el pecho
- \_\_\_\_\_ 57. Dificultad para respirar
- \_\_\_\_\_ 58. Enfisema

**Genito-Urinario**

- \_\_\_\_\_ 59. Orina Frecuente
- \_\_\_\_\_ 60. Dolor al orinar
- \_\_\_\_\_ 61. Infección en los Riñones
- \_\_\_\_\_ 62. Orina en la cama
- \_\_\_\_\_ 63. Inhabilidad para controlar la orina
- \_\_\_\_\_ 64. Problemas con la próstata
- \_\_\_\_\_ 65. Problemas con la vejiga

**Otros Problemas**

- \_\_\_\_\_ 66. Curvatura de la espina dorsal/Scoliosis
- \_\_\_\_\_ 67. Hernia
- \_\_\_\_\_ 68. Problemas con el peso
- \_\_\_\_\_ 69. Anemia
- \_\_\_\_\_ 70. Deficiencia nutricional
- \_\_\_\_\_ 71. Diabetes
- \_\_\_\_\_ 72. Hipoglucemia
- \_\_\_\_\_ 73. Cancer
- \_\_\_\_\_ 74. Paperas
- \_\_\_\_\_ 75. Epilepsia
- \_\_\_\_\_ 76. Síndrome del Túnel Carpo
- \_\_\_\_\_ 77. Derrame Cerebral
- \_\_\_\_\_ 78. Depresión
- \_\_\_\_\_ 79. Desmayos
- \_\_\_\_\_ 80. Convulsiones
- \_\_\_\_\_ 81. Perdida de sueño
- \_\_\_\_\_ 82. Fatiga
- \_\_\_\_\_ 83. Nerviosidad
- \_\_\_\_\_ 84. Alergia
- \_\_\_\_\_ 85. Sudores en la noche

**Para Mujeres Solamente**

- \_\_\_\_\_ 86. ¿ESTA EMBARAZADA?  
Initial Aquí \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 87. Sangra Excesivamente
- \_\_\_\_\_ 88. Ciclos Irregulares
- \_\_\_\_\_ 89. Desequilibrio de temperatura
- \_\_\_\_\_ 90. Cólicos/Calambres
- \_\_\_\_\_ 91. Abortos
- \_\_\_\_\_ 92. Descarga Vaginal

**Dolores de cabeza**

Frecuencia \_\_\_\_\_  
¿Donde es el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hábitos**

- \_\_\_\_\_ 93. Alcohol
- \_\_\_\_\_ 94. Café
- \_\_\_\_\_ 95. Refrescos
- \_\_\_\_\_ 96. Fuma
- \_\_\_\_\_ 97. Estrés

**Ejercicio**

- \_\_\_\_\_ Nada
- \_\_\_\_\_ Moderado
- \_\_\_\_\_ Diario

Additional Comments \_\_\_\_\_

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los seguros y las pólizas de salud y accidente son un arreglo entre mi compañía de seguros y yo, no entre mi compañía de seguros y esta oficina. Yo le pido a la Family Chiropractic Center que llene cualquier reporte o formulario a no costo para poder cobrar a mi compañía de seguros.

Si el mío es un caso normal de seguro de salud, yo estoy de acuerdo en pagar un porcentaje de los servicios brindados según sean ejecutados. Comoquiera, yo entiendo que yo soy últimamente responsable en pagar a esta oficina en su totalidad. Yo también doy poder a esta oficina para que deposite/firmé mi nombre en cualquier cheque para pago de mi cuenta. Yo también entiendo que si suspendo o termino mi tratamiento determinado por mi doctor, cualquier cargo por servicios profesionales serán cobrados y pagados inmediatamente. Habrá un cargo de servicio de .667% por mes en cuentas que tengan mas de 60 días.

**Firma del paciente o guardian** \_\_\_\_\_

Blood Pressure \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ Temperature \_\_\_\_\_

Additional information taken and recorded by \_\_\_\_\_

Patient accepted? \_\_\_\_\_ Doctor's signature \_\_\_\_\_