



980 S. EUCLID, ANAHEIM, CA 92802

(714) 535-1404

Por favor escriba con letra de molde la respuesta a cada pregunta en esta forma.

1.Nombre (completo)			2.Fecha		
3.Direccion		4.Ciudad		5.Estado	6.Zona Postal
7.Telefono de su casa		Telefono de su trabajo		8.Fecha de nacimiento	
9.Edad	10.Sexo: M F		11. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro(especifique) <input type="checkbox"/> Soltero		
12.Edad de sus hijos		13.Ocupacion actual		14.Usted esta: <input type="checkbox"/> trabajando <input type="checkbox"/> descansado <input type="checkbox"/> incapacitado <input type="checkbox"/> pensionado	
15.Nombre y direccion de su trabajo				16.# Licencia de manejar	
17.# Seguro Social		18.Familiar mas cercano que no viva con ud. (nombre, direccion y telefono)			
19.Compania de <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> General Assistance <input type="checkbox"/> Acc. Automov. aseguranza: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Champus <input type="checkbox"/> Compensacion de trabajadores					
20.Donde y cual es su problema principal?				21.Como empezo?	
22.Cuanto tiempo le a estado molestando?			23.Tiene otros problemas de salud? Si No explique:		
24.Donde se lastimo? <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Acc. Automov. <input type="checkbox"/> Otro(explique)				25.Fecha que se lastimo:	
26.A solicitado un abogado? Si No Nombre y direccion:					
27.A tenido estos problemas o similares a estos anteriormente? Si No explique:					
28.A recibido tratamiento para este problema? Si No explique:					
29.Nombre del Dr. o Hospital donde fue consultado:					
30.A asistido a un chiropractico anteriormente?				31.Fecha del ultimo ajuste:	
32.Tiempo bajo tratamiento?		33.Para que era el tratamiento?			
34.Ud. esta aqui para: <input type="checkbox"/> alivio unicamente <input type="checkbox"/> correccion completa de su problema			35.Quien lo recomendo con nosotros?		

36. Apunte TODOS los accidentes automovilisticos o lesiones previas.	Mes, Año	Tipo de accidente	Describa la lesion

37. Apunte TODA cirugia previa.	Mes, Año	Tipo de cirugia	Comentarios

38. Apunte TODO medicamento que este tomando.	Nombre de Medicamento	Dosis por dia	Tiempo que lleva tomandolo

39. Por favor revise cuidadosamente la lista siguiente y marque con una "X" los sintomas que le molestan:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                     | <input type="checkbox"/> Manos frias                        |
| <input type="checkbox"/> Punzadas en la cabeza                 | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                     |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis                             | <input type="checkbox"/> Falta de respiracion               |
| <input type="checkbox"/> Perdida de olfato                     | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda                   |
| <input type="checkbox"/> Alergias                              | <input type="checkbox"/> Sensacion de agujas en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Fiebre                                | <input type="checkbox"/> Ataques cardiacos                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Alta presion                       |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sabor                      | <input type="checkbox"/> Baja presion                       |
| <input type="checkbox"/> Tension en la garganta                | <input type="checkbox"/> Anemia                             |
| <input type="checkbox"/> Inflamacion de la garganta            | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales              |
| <input type="checkbox"/> Problema Tiroidal                     | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                        |
| <input type="checkbox"/> Contraccion nerviosa de la cara       | <input type="checkbox"/> Tension interior                   |
| <input type="checkbox"/> Perdida de memoria                    | <input type="checkbox"/> Irritabilidad                      |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                | <input type="checkbox"/> Sudor frio                         |
| <input type="checkbox"/> Depresion                             | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga             |
| <input type="checkbox"/> Mareos                                | <input type="checkbox"/> Indigestion                        |
| <input type="checkbox"/> Desmayo                               | <input type="checkbox"/> Gas intestinal                     |
| <input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio                 | <input type="checkbox"/> Dolor de cadera                    |
| <input type="checkbox"/> Sonido en los oidos                   | <input type="checkbox"/> Tobillos inflamados                |
| <input type="checkbox"/> Vista borrosa                         | <input type="checkbox"/> Pies frios                         |
| <input type="checkbox"/> Luz le afecta la vista                | <input type="checkbox"/> Dolor de piernas y pies            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello                       | <input type="checkbox"/> Entumecimiento                     |
| <input type="checkbox"/> Rechinar de cuello                    | <input type="checkbox"/> Estrenimiento                      |
| <input type="checkbox"/> Tension en los hombros                | <input type="checkbox"/> Problemas de rinones               |
| <input type="checkbox"/> Dolor en hombros y brazos             | <input type="checkbox"/> Colicos menstruales                |
| <input type="checkbox"/> Sensacion de agujas en brazos y manos | <input type="checkbox"/> Diabetis                           |
| <input type="checkbox"/> Menstruacion irregular                | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir              |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                | <input type="checkbox"/> Inflamacion en las coyonturas      |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las coyonturas               |   |
| <input type="checkbox"/> Nervios pelliscados                   |   |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente con letra de molde: \_\_\_\_\_  
Testificado por: \_\_\_\_\_