



ELITE SPINE GROUP

T In: _____

T Out: _____

T 1 2 3

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Nombre Preferido:** _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M | F

Nombre de Padres, si menor de edad: _____

Dirección: _____
(City) (State) (Zip Code)

Teléfono (cell): _____ **Email:** _____

Ocupación: _____ **Trabajo:** _____

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado **Nombre de Pareja:** _____

De Hijos: _____ **Nombres de Hijos:** _____

En caso de Emergencia: _____
(Nombre) (Relacion al paciente) (Telefono)

SINTOMAS / LESIONES

Razon por su visita: _____

Cuando empezaron sus síntomas? _____ **Sus síntomas están empeorando** SI NO

Califique su dolor de 1(dolor leve) al 10(dolor extremo): _____

Describa su dolor (seleccioné todas las que aplican):

Agudo Rigidez Palpitante Adormecimiento Hormigueo Punzante
 Ardor Calambre Tensión Inflamación **Otro:** _____

Cada cuanto tiene este dolor? _____

Interfiere con su: Trabajo Al dormir Rutina Diaria

Actividades que le causan dolor: Sentarse Pararse Caminar Agachar Acostarse

TRATAMIENTO

Ha recibido alguno de estos tratamientos? Medicamento Cirugía Terapia Física Quiropráctica

Otro: _____

Ha hecho algún examen diagnostico? Radiografía MRI/Resonancia Magnetica CT scan

Otro: _____

Nombre y dirección de los doctores que han tratado su condición: _____

Medicinas, vitaminas, y suplementos que toma: _____

HISTORIAL MEDICO

Por favor, seleccionar (✓) sus síntomas actuales, o los que ha tenido en el pasado.

✓	SINTOMA	FRECUENCIA			INDIQUE FAMILIARES CON ESTAS CONDICIONES
		Constante	Ocasional	Raramente	
	Dolor de Cabeza				
	Migrañas				
	Dolor de Cuello				
	Dolor de Hombros				
	Dolor de Brazos/Manos				
	Dolor de Espalda (a la mitad)				
	Dolor de Espalda (abajo)				
	Dolor de Cadera				
	Dolor de Piernas/Pies				
	Problemas de Discos				
	Escoliosis				
	Osteoporosis				
	Síndrome del túnel Carpiano				
	Artritis				
	Dolor e inflamación de articulaciones				
	Adormecimiento de extremidades				
	Diabetes				
	Problemas de Tiroides				
	Problemas del Corazón				
	Presión Alta				
	Dolor de Pecho				
	Acidez				
	Problemas Digestivos				
	Alergias				
	Problemas Urinarios				
	Problemas de Prostata				
	Problemas Menstruales				
	Infertilidad				
	Cáncer				
	Fatiga				
	Nerviosismo				
	Mareo				
	Insomnio				
	ADD/ADHD				
	Cambios en la vista				
	Vertigo				
	Pérdida de Audición				
	Zumbido en los Oídos				
	Dolor de Oído				
	Infección de Oído				
	Alergias				
	Sinusitis				
	Sangrado de Nariz				
	Asma				
	Náusea				