



## ACTUALIZACION DE INFORMACION

Favor de completar su nombre e información demográfica y cualquier otro cambio que haya surgido, para actualizar su expediente.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)

**Género**

Masculino  Femenino

Apellido

Número de Seguro Social

Primer Nombre

Segundo Nombre (inicial)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

**Estado Civil:**

Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Viudo(a)  Separado(a)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de la Casa

Nombre de su Cónyuge

Dirección de su Correo Electrónico

Teléfono de Celular

Nombre de su hijo/hija y Edad

Persona de contacto en caso de Emergencia

Teléfono Adicional

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Ocupación de Trabajo

Nombre de su hijo/hija y Edad

Su Empleador

**¿Nos permite llamarle en su trabajo?**

Si  No

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Trabajo

Compañía de Seguro

Numero de Póliza

Nombre de su Medico Primario

Apellido del Asegurado

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

**¿Quien es el portador  
encargado de la póliza?**

Si mismo  Cónyuge

Pariente

Primer Nombre

Segundo Nombre (inicial)

Empleador del Portador encargado de le póliza de Seguro

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Empleador

Yo certifico que cualquier cambio a mi información personal ha sido anotado en este documento para la actualización de mi expediente.

Firma del Paciente

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

# ACTUALIZACION DE INFORMACION DE SALUD

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO) \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre (inicial) \_\_\_\_\_

Yo tengo nueva información de datos de contacto.

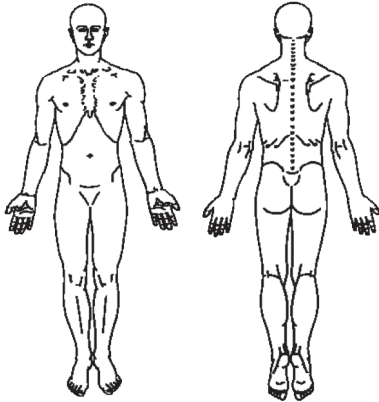
Favor elegir uno:

- Evaluación de Progreso** – Yo he estado bajo tratamiento activo y hoy es una cita de re-evaluación.
- Condición Nueva** - Yo he estado bajo tratamiento y ha regresado una condición o ha surgido una nueva.
- Paciente de Mantenimiento** – Yo estoy bajo tratamiento de mantenimiento y ha regresado una condición o ha surgido una nueva.
- Paciente que ha Regresado** – Luego de un tiempo de inactividad, he tenido un recaimiento o una condición de salud nueva.

Síntomas Actuales: \_\_\_\_\_

**1. Ubicación** (¿Donde le Duele?)

Circule en la ilustración donde le duele.



**2. Calidad de Síntomas** (¿Cómo se siente?)

- Adormecido
- Cosquilleo
- Rigidez
- Entumecimiento
- Adolorido
- Calambre
- Molestia
- Agudo
- Ardiente/Quemazón
- Pulsátil
- Latiendo
- Punzadas
- Otro \_\_\_\_\_

**3. Intensidad** (¿Cuan intenso son sus síntomas actuales?)

0                      10  
Ausente Incomodo Agonizante

**4. Duración y Tiempo** (¿Cuándo le comenzó y con qué frecuencia lo siente?)

Constante  Viene y Va  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**5. Radiación** (¿Que otra parte del cuerpo le afectan?)

\_\_\_\_\_

**6. Factores que agravan o alivian** (¿Qué mejora o empeora, tal como el estado del tiempo, movimientos, ciertas actividades, etc.?)

¿Qué le empeora el problema? \_\_\_\_\_  
¿Qué le mejora el problema? \_\_\_\_\_

**7. Intervenciones Previas** (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados  Cirugía  Hielo
- Medicamentos sin receta  Acupuntura  Calor
- Remedio Homeopático  Quiropráctico  Otro \_\_\_\_\_
- Terapia Física  Masaje \_\_\_\_\_

**8. ¿Qué mas debería Dr. Warner saber sobre su condición actual?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Repaso de Síntomas** (Identifique cualquier cambio desde su evaluación mas reciente con nosotros):

	Peor	Ningún Cambio	Mejor
<b>a. Músculo esquelético</b> – tal como: Osteoporosis, Artritis, Dolor del Cuello, Problemas de Espalda, Mala Postura, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>b. Sistema Neurológico</b> – tal como: Ansiedad, Depresión, Dolor de Cabeza, Mareos, Hormigueo, Entumecimiento, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>c. Sistema Cardiovascular</b> – tal como: Presión Alta, Presión Baja, Colesterol Alto, Dolor de Pecho, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>d. Sistema Respiratorio</b> – tal como: Asma, Apnea, Enfisema, Fiebre del Heno, Falta de Aire, Neumonía, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>e. Sistema Digestivo</b> – tal como: Anorexia/Bulimia, Ulceras, Sensibilidad a los Alimentos, Acidez Estomacal, Estreñimiento, Diarrea, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>f. Sistema Sensorial</b> – tal como: Visión Borrosa, Zumbidos en los Oídos, Pérdida de Audición, Infección de Oído Crónica, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>g. Sistema Integumentario</b> – tal como: Cáncer de la Piel, Psoriasis, Eczema, Acné, Pérdida de Cabello, Erupción/Sarpullido, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>h. Sistema Endocrino</b> – tal como: Problemas de Tiroides, Enfermedades Inmunológicas, Hipoglucemia, Infecciones Frecuentes, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>i. Sistema Genitourinario</b> – tal como: Piedra en el Riñón, Infertilidad, Orina en la cama, Problemas de la Próstata, Síndrome Premenstrual, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>j. Sistema Constitucional</b> – tal como: Desmayos, Libido Bajo, Poco Apetito, Fatiga, Repentino Cambio de Peso, Debilidad, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Enfermedades, operaciones, heridas, o tratamientos desde su más reciente evaluación con nosotros:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**This updated patient history is for:**

- Current Patient  
Periodic Re-evaluation
- Current Patient  
Additional Complaint/  
Exacerbation
- Maintenance Patient (circle one)  
Exacerbation  
Re-Occurrence  
New Episode
- Inactive Patient (circle one)  
Exacerbation  
Re-Occurrence  
New Episode

Consultation Notes

**UPDATED PATIENT HISTORY**

Doctor's Initials

**PAGE 1/2**

**11. Historial Social** (Dígale a Dr. Warner sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.):

Uso de Alcohol  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Uso de Café  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Uso de Tabaco  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Ejercicios  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Medicamentó Para el Dolor  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Refrescos/Soda  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Consumo de Agua  Diario  Semanal ¿Qué Cantidad? \_\_\_\_\_  
 Pasatiempos/Aficiones: \_\_\_\_\_

Oración o Meditación  Si  No  
 Presión/Estrés en el Trabajo  Si  No  
 Paz Financiera  Si  No  
 ¿Vacunado?  Si  No  
 Calzas de Mercurio  Si  No  
 Drogas Recreacionales  Si  No

Patient name \_\_\_\_\_

**12. Actividades de Vida cotidiana** (¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?)

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantándose de una silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiendo las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montándose/Bajándose del Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando el Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando por encima del Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a su Familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas del Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando Objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando cosas altas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañándose / Duchándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Intima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logrando el Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniéndose Dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando en el Patio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. ¿Existe algo más que Dr. Warner, debe saber sobre su condición actual, el progresó o las maneras en la cual su condición le afecta su vida?**

**En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.**

**Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo:** \_\_\_\_\_

Consultation Notes

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AÑO) \_\_\_\_\_

Doctor's Initials \_\_\_\_\_

**Warner Family  
Chiropractic PC  
Dr. David Warner, D.C.**