



# LIFECHIROPRACTIC

---

COLLEGE WEST

Monte H. Greenawalt Health Center  
**Transfer Forms**



# LIFECHIROPRACTIC

## COLLEGE WEST

### **Instrucciones para completar nuestros formularios en línea:**

1. Abrir y guardar las formas a su ordenador.
2. Abra el archivo en Adobe Reader 8 o superior, o Adobe Acrobat.  
Complete el formulario y guardar.
3. Para agilizar el servicio, por favor enviar por correo electrónico el formulario completo como un archivo adjunto.
4. Alternativamente, usted puede imprimir los formularios y llevarlos con usted para su cita. Esto puede aumentar el tiempo de nuestro personal para procesar su documentación.

Por favor, tenga en cuenta que podría perder todos sus datos si usted llena los formularios en su navegador en lugar de primero salvar a su equipo. El PDF es un formulario electrónico, y la información se puede guardar cuando se usa con Adobe Reader 8 o superior.



## Reason For Seeking Care

# LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Residente: \_\_\_\_\_ Doc. N.º: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Expediente N.º: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene dolencias adicionales, complete una copia de esta página por cada dolencia.

Describa los síntomas que lo aquejan: \_\_\_\_\_

No tengo síntomas.

¿Cuándo aparecieron los síntomas? \_\_\_\_\_

¿De qué modo comenzaron? ¿Puede identificar la causa de estos síntomas? \_\_\_\_\_

Si ya ha tenido estos síntomas, especifique \_\_\_\_\_

¿Qué empeora los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Los síntomas empeoran al toser, estornudar o hacer presión hacia abajo? No Sí

¿Qué lo hace sentirse mejor? \_\_\_\_\_

Marque los aspectos que describan la calidad de los síntomas (todo lo que corresponda).

dolor sordo    punción    profundo    superficial    ardor    entumecimiento    esparcido    hormigueo

Si los síntomas se irradian, describa hacia dónde. \_\_\_\_\_

En una escala de 1 a 10 (10 como el peor de los dolores) ¿cuál es el nivel del dolor?

\_\_\_\_\_ ahora mismo \_\_\_\_\_ en el mejor momento \_\_\_\_\_ en el peor momento \_\_\_\_\_ la mayor parte del tiempo

¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas?

Infrecuente (menos del 10 % del día)

Ocasional (alrededor del 25 % del día)

Intermitente (alrededor del 50 % del día)

Frecuentemente (alrededor del 75 % del día)

Constantemente (90 % a 100 %)

¿Cuántos días a la semana experimenta los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Los síntomas mejoran empeoran siguen igual?

¿Tiene dolor por la noche? No Sí En caso afirmativo, ¿el dolor no lo deja dormir? No Sí

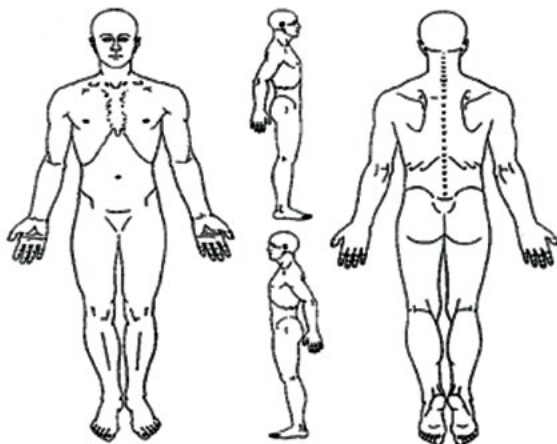
¿Ha consultado a otros proveedores de atención médica a causa de esta dolencia? No Sí

En caso afirmativo, enumere el tipo de médico, el tratamiento y el resultado de este. \_\_\_\_\_

Notas del residente:

Residente: \_\_\_\_\_ Doc. N.º: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Expediente N.º: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si corresponde, marque las áreas de sus dolencias en los diagramas a continuación con los símbolos de la derecha.



Entumecimiento +++

Ardor xxx

Agujas y pinchazos 000

Punzantes ///

Dolor ^^

### CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL ÍNDICE GENERAL DE DISCAPACIDAD CAUSADA POR DOLOR

Las siguientes escalas de calificación están diseñadas para medir el grado en el cual diversos aspectos de su vida se ven afectados por el dolor. Responda a cada categoría indicando el impacto general del dolor en su vida, no solo cuando el dolor está en su peor nivel. Para cada una de las seis categorías de la vida diaria enumeradas, MARQUE UNA X EN EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBE EL GRADO EN QUE SE VEN AFECTADAS SUS ACTIVIDADES. 0 significa que puede realizar sus actividades normales sin dolor alguno y 10 significa que no puede realizar ninguna de esas actividades debido al dolor que le ocasionan.

1. Responsabilidades en la familia/el hogar Esta categoría hace referencia a las actividades relacionadas con el hogar o la familia. Incluye tareas y deberes realizados en el hogar (p. ej.: jardinería) y mandados o diligencias para otros miembros de la familia (p. ej. llevar a los niños a la escuela en automóvil).

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

2. Recreación Se incluyen pasatiempos, deportes u otras actividades de ocio similares.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

3. Actividades sociales Se hace referencia a actividades que implican la participación de amigos o conocidos, que no sean miembros de la familia. Se incluyen fiestas, obras de teatro, conciertos, comidas en restaurantes y otras salidas sociales.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

4. Ocupación Se refiere a las actividades que son parte del trabajo o se relacionan directamente con este. También se incluyen trabajos no remunerados, como los de ama de casa o trabajo voluntario.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

5. Atención personal Esta categoría incluye actividades que implican el mantenimiento personal y la vida diaria independientes (p. ej.: ducharse, conducir, vestirse, etc.).

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

6. Actividades de soporte vital Se refieren a las conductas básicas de soporte vital como comer, dormir y respirar.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Totalmente capaz de desempeñarse.

Totalmente incapaz de desempeñarse.

Puntaje (debe ser completado por el residente) \_\_\_\_\_



## Antecedentes Sociales

# LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Residente: \_\_\_\_\_ Doc. N.º \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_ Expediente N.º \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas sobre la base de una escala del 1 al 10; 10 es el mejor puntaje:

Estado general de bienestar \_\_\_\_\_

Actitud y perspectiva en general \_\_\_\_\_

Responda la siguiente pregunta sobre la base de una escala del 1 al 10; 10 se refiere al mayor grado de estrés:

Nivel de estrés promedio \_\_\_\_\_

En los últimos 30 días, ¿cuántos días se sintió saludable y lleno de energía? \_\_\_\_\_

En los últimos 30 días, ¿cuántos días no estuvo bien de salud física? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Describe sus tareas laborales. \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas por semana trabaja? ¿Le gusta su trabajo? No Sí

En caso negativo, describa \_\_\_\_\_

¿Qué otros intereses/pasatiempos tiene? \_\_\_\_\_

Dieta y nutrición: ¿Cuántas comidas tiene por día? \_\_\_\_\_ ¿Omite alguna comida? No Sí

Si ingiere comida chatarra, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Tiene cambios en el apetito? No Sí En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones por día ingiere de frutas \_\_\_\_\_ verduras \_\_\_\_\_ golosinas \_\_\_\_\_ comida chatarra \_\_\_\_\_?

¿Presenta intolerancia a algún alimento? No Sí En caso afirmativo, ¿a cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuántos vasos de agua bebe al día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas con cafeína bebe por día? \_\_\_\_\_

Indique cuánto ingiere de cada uno de estos:

Café \_\_\_\_\_ Té \_\_\_\_\_ Té verde \_\_\_\_\_ Bebidas energizantes \_\_\_\_\_ Gaseosas \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? No Sí ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Indique cuánto ingiere de cada uno de estos: Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Bebidas alcohólicas fuertes \_\_\_\_\_

¿Fuma cigarros o habanos? No Sí En caso afirmativo, ¿cuántos por día? \_\_\_\_\_ Desde hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_

¿Consume otras drogas recreativas? No Sí En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto/con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio? No Sí En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuántos minutos por sesión? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su objetivo al hacer ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Participó en actividades deportivas durante su infancia? No Sí En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme de noche? \_\_\_\_\_ ¿Descansa? Sí No

¿Por qué no? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿experimenta ansiedad o depresión? No Sí

En caso afirmativo, explique. \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en tratamiento por eso? No Sí

En caso afirmativo, describa el tratamiento \_\_\_\_\_

¿Siente que el tratamiento es efectivo? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Notas del residente: \_\_\_\_\_



## Revisión de Sistemas

# LIFECHIROPRACTIC

COLLEGE WEST

Residente: \_\_\_\_\_ Doc. N.º: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Expediente N.º: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisión de sistemas: verifique si los síntomas y afecciones se aplican en su caso. (Los síntomas actuales se han experimentado dentro de los últimos 6 meses). Marque en el círculo (○) de la izquierda si ha tenido la afección en el pasado y marque el círculo (□) de la derecha si experimenta los síntomas o afecciones en el presente.

Lesiones/Trauma (especifique una fecha al lado de la lesión):

Lesión en la espalda

Fracturas

Discapacidad/es

Lesiones en vehículos automotores

Lesión en la cabeza

Accidente en una industria

Lesión en articulaciones

Lesión en tejidos blandos

Otro

Caída (grave)

Notas \_\_\_\_\_

Antecedentes generales

Anemia

Sangrado/contusiones

Escalofríos/fiebre

Fatiga/debilidad

Hospitalizaciones/cirugías

Falta de

Enfermedad mental

Sudoración nocturna

Aumento/disminución de peso inesperados

Notas \_\_\_\_\_

Ojos/oídos/nariz/garganta

Problemas de la vista

Alergias/Sinusitis

Secreción/dolor de oídos

Infecciones frecuentes en los oídos

Pérdida de audición

Zumbido de oídos/mareos

Cambio en el olfato/gusto

Sangrado de nariz

Dificultad para deglutir

Dolor de garganta frecuente

Glándulas hinchadas/doloridas

Problemas dentales

Notas \_\_\_\_\_

Pulmones/respiración

Asma/respiración sibilante

Tos

Tos con sangre

Neumonía/infecciones

Exposición a gases tóxicos

Tuberculosis/exposición

Notas \_\_\_\_\_

Corazón/cardiovascular

Enfermedad/cirugía del corazón

Soplo cardíaco

Presión arterial elevada/baja

Palpitaciones

Hinchazón de pies/tobillos

Falta de aliento al respirar

Notas \_\_\_\_\_

Estómago/gastrointestinal

Hinchazón/dolor abdominal

Acidez/Úlceras

Enfermedad de la vesícula biliar

Ictericia/enfermedad hepática

Constipación/diarrea/gases

SII/Enfermedad de Crohn

Hemorroides

Sangrado del recto

Heces negras

Notas \_\_\_\_\_

Endocrino

Intolerancia al frío/calor

Diabetes

Hambre/sed excesivos

Terapia de hormonas

Crecimiento/pérdida inusual de cabello

Cambios en la voz

Notas \_\_\_\_\_

Sistema nervioso

Mareos/desmayos

Dolor de cabeza

Pérdida de conciencia

Pérdida de memoria

Entumecimiento

Convulsiones/temblores

Dificultad en el habla

ACV

Marcha inestable

Notas \_\_\_\_\_

Sistema urinario

Infecciones crónicas en la vejiga

Dificultad para contener

Orina dolorosa/frecuente

Enfermedad de riñón

Dolor/masa pélvica/en el flanco

Sangre en la orina

Notas \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_ Doc. N.º: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Expediente N.º: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Antecedentes femeninos

Sangrado/secreción vaginal anormal	Dolores menstruales/pélvicos	Terapia de hormonas
Método/control anticonceptivo _____	_____	Quiste de ovarios/fibromas
Histerectomía	Dolor de mamas/nódulo	Sangrado menstrual abundante
Menstruación irregular		

Inquietudes sobre su salud reproductiva: \_\_\_\_\_

Mis períodos son regulares	Mis períodos no son regulares
Estoy embarazada	No estoy embarazada
Estoy menopáusica	No estoy menopáusica
Tengo osteoporosis/osteopenia	No tengo osteoporosis/osteopenia

Si ha estado embarazada antes, complete la información pertinente a continuación.

___ Cantidad de embarazos complicados	___ Cantidad de embarazos no complicados
___ Cantidad de embarazos a término	___ Cantidad de cesáreas
___ Cantidad de partos normales	___ Cantidad de abortos

Notas \_\_\_\_\_

Antecedentes masculinos

Orina frecuente/con ardor	Hesitación/estranguria	Retención de orina
Disfunción eréctil	Enfermedad de la próstata/HPB	
Inquietudes sobre su salud reproductiva: _____		

Notas \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: Anote quién es el familiar y qué edad tenía cuando padeció la enfermedad.

Alzheimer _____	Diabetes _____
Dolor de espalda _____	Dolor de cabeza _____
Cáncer _____	Enfermedad coronaria _____
Depresión _____	ACV _____
Demencia _____	Temblores _____

Notas \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos

Fecha del último examen físico/motivo: \_\_\_\_\_

Fecha de la última radiografía/motivo: \_\_\_\_\_

Fecha de la última IRM o TC/motivo: \_\_\_\_\_

Fecha del último análisis de laboratorio/motivo: \_\_\_\_\_

Notas \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos actuales y suplementos que tome. Incluya la frecuencia y dosis, si las conoce.

Nombre del medicamento/vitamina Cantidad/dosis Frecuencia ¿Cuándo/por qué comenzó a tomarlo?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_