

CONFIDENTIAL PATIENT CASE HISTORY

Please complete this questionnaire. This confidential history will be part of your permanent records.

Name _____ Birth date _____ Age _____ Sex M F
Nombre Fecha de nacimiento Edad Sexo

Address _____ City _____ Zip _____
Dirección Ciudad Zip

Soc. Sec. # _____ Driver's Lic. #: _____ Insurance Company _____
Seguro Social Lic de conducir. # Compañía de seguros

Home Phone _____ Work Phone _____ E-Mail _____
Telefono de Casa Telefono de Trabajo E-Mail

Cell Phone _____ Pager _____ Fax Number _____
Telefono de celular Telefono de beeper Telefono de fax

Marital Status: M S D W Children, Ages _____ Spouse's Name _____
Estado Civil Hijos, Edad Nombre Esposa(o)

Occupation _____ Employer _____ Address & Phone: _____
Ocupacion Empleador Dirección y Teléfono

Emergency Contact Name: _____ Address & Phone: _____
Nombre del contacto de emergencia Dirección y Teléfono

How were you referred to us? _____ How else did you hear about us? _____
Referido por? Cómo, usted ha oído de nosotros?

What is your major complaint? *Cuál es su problema principal?* _____

Is this the result of any type of injury? Describe: _____
Es este el resultado de cualquier tipo de lesión? Describe:

Does it radiate anywhere? _____ Where? _____ How long have you had this condition? _____
Se irradia en cualquier lugar? Dónde? Cuánto tiempo ha tenido este problema?

Have you had this or similar conditions in the past? _____
Ha tenido este problema o similares condiciones en el pasado?

What positions make it feel worse? _____ What positions make it feel better? _____
Qué posiciones lo hacen sentir peor? Qué posiciones hacer que se sienta mejor?

Is this condition: Improved Unchanged Getting Worse Have you lost work time? _____ How much? _____
Es esta condición Mejora Sin cambios Empeorando Ha perdido tiempo de trabajo? Cuánto?

Is this condition interfering with your: Work Sleep Daily Routine Other (Describe) _____
Es esta condición interfiriendo con su: Trabajo Dormir Rutina diaria Otros (Describir)

Other doctors or therapists who have treated THIS condition _____
Otros médicos o terapeutas que han tratado esta condición

What do you think caused this condition? _____
Qué cree usted que causó esta condición?

List surgical operations and dates: _____
Enumerar las operaciones quirúrgicas y fechas:

Do you have a family physician? Name, address & phone: _____
Usted tiene un médico de familia? Nombre, dirección y teléfono

Medications, dosage and frequency *Los medicamentos, dosis y frecuencia:* _____

Allergies *Alergias:* _____

Have you been in an auto accident or had any other personal injury? Y N Describe _____
Ha estado en un accidente de auto o tenía cualquier otra lesión personal? S N Describir

Do you have a regular exercise program? _____ Do you take vitamins or nutritional products? _____
Tienes un programa regular de ejercicios? Toma vitaminas o productos naturales?

What is most important to you in the a Doctor/Patient relationship? _____
Qué es más importante para usted en la relación médico / paciente?

What is most important to you in life? _____
Qué es más importante para ti en la vida?

What do you want from this office? _____ Pain relief _____ Correction of the cause of the pain _____ Wellness Plan _____
Qué quieres de esta oficina? Alivio del dolor La corrección de la causa del dolor mejorar salud

I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered to me will be immediately due and payable. If collection efforts are required, I agree to pay all expenses including collection fees, attorney's fees, interest and court costs. *Entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si yo suspendo o termino mi tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados a mí yo lo debo pagar inmediatamente. Si se requieren esfuerzos de recolección, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos, incluidos los gastos de cobos, honorarios de abogados, intereses y costos judiciales.*

Signature _____ Date _____

Witness/Parent/Guardian _____ Date _____

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR

Relative Paciente	Age if Living Edad	Age at Death Edad que fallecio	Cause of Death Causa del fallecimiento	State of Health Estado de Salud	Illnesses Enfermedades
Father (Padre)	_____	_____	_____	_____	_____
Mother (Madre)	_____	_____	_____	_____	_____
Brother(s) (Hermanos)	_____	_____	_____	_____	_____
Sister(s) (Hermanas)	_____	_____	_____	_____	_____
Maternal Grandfather	_____	_____	_____	_____	_____
Maternal Grandmother	_____	_____	_____	_____	_____
Paternal Grandfather	_____	_____	_____	_____	_____
Paternal Grandmother	_____	_____	_____	_____	_____

SOCIAL HISTORY Check the boxes and fill in.

Current Weight _____ Have you recently lost or gained weight? _____

Mental Work Heavy Moderate Light Hours per day _____

Physical Work Heavy Moderate Light Hours per day _____

Exercise Heavy Moderate Light Hours per week _____ Type _____

Smoking Current Previous Packs/Day _____ No. of years _____

Alcohol Beer/Week _____ Liquor/Week _____ Wine/Week _____ No. of Years _____

Caffeine Cups/Day _____ No. of Years _____ (Coffee, Tea, Cola)

Aspirin No./Day _____ No. of Years _____ Others _____

MARK THE AREAS OF YOUR SYMPTOMS ON THE FIGURE TO THE RIGHT.

Use the following symbols:

Aches ^^^^ Numbness oooo Pins/Needles Stabbing ////

MARK AN "X" ON THE LINES Marque una "X" en las líneas:

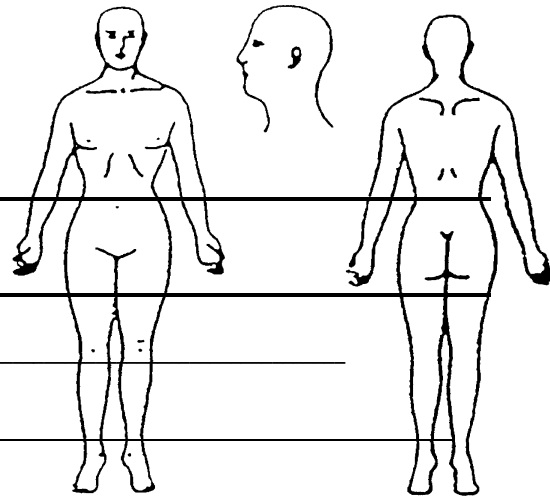
How bad are your symptoms now? Qué tan grave son sus síntomas ahora?

None Ninguno (0) Most Severe Lo más grave (10)

How bad have they been in the past Qué tan grave que han sido en el pasado?

None Ninguno (0) Most Severe Lo más grave (10)

_____ Do Not Write Below This Line / No escriba debajo de esta linea _____



O: _____

P: _____

Q: _____

R: _____

S: _____

T: _____

Patient Name _____

Number _____

Date _____