



Información del paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____

Su dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono (celular): _____ Compañía del teléfono: _____

Estado Civil: _____ ¿Consume Tabaco?: _____

¿Embarazada? (solo mujeres) _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Razon de la visita

Describe el problema: _____

¿Cómo y cuándo comenzó?: _____

Intensidad del dolor

- Mínimo
- Leve
- Moderado
- Severo

Describe el dolor

- Agudo
- Adolorido
- Dolor sordo
- Dolor punzante
- Rígido
- Entumecimiento/Hormigueo
- Otro _____

Frecuencia

- Intermitente
- Ocasional
- Frecuente
- Constante

¿Este dolor irradia? (¿si es así, donde?)

- La frente
- El cráneo
- Lado de la cabeza
- Sienes de la cabeza
- Hombros
- Antebrazo
- Mano/Dedos
- Cadera
- Pantorrilla
- Pie/Dedos de los pies
- Muslo/Rodilla
- Otro: _____

Lista de actividades diarias más afectadas: _____

Enumere cualquier tratamiento que haya recibido por esta queja: _____

¿Toma actualmente algún medicamento? _____

Alergias: _____

Marque a continuación cualquier síntoma que haya tenido:

- Dolor de cabeza/migraña
- Dolor en el pecho
- Asma
- Respiración dificultosa
- Problemas de la piel
- Artritis
- Mareo
- Moretones fácilmente
- Pérdida de la audición
- Resfriados frecuentes
- Gas excesivo
- Diarrea
- Estreñimiento
- Infarto de miocardio
- TDAH
- Desorden alimenticio
- Ciática
- Trastorno de ansiedad
- Venas varicosas
- Derrame
- Depresión
- Hipertensión
- Discapacidad de aprendizaje
- Problemas para dormir
- Infección en el oído
- Presión arterial baja
- Problemas de vesícula biliar
- Cáncer
- Problemas de próstata
- Síndrome del intestino irritable (SII)
- Calambres menstruales (solo mujeres)
- Infección renal o cálculos
- Problemas de tiroides

Firma del paciente _____ **Fecha** _____