

**PARA AHORRARLE TIEMPO – PORFAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO Y TRAIGALO A
NUESTRA OFICINA**

**SIDOTI CHIROPRACTIC CENTER
CUESTIONARIO DE SALUD**

Nombre				Edad	Fecha
Direccion			Apt #	Ciudad	Estado
Telefono ()		Celular ()	E-mail		Altura
Referido por:		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	No. de Hijos	Numero de Seguro Social
Ocupacion		Empleador			
Direccion empleo				Telefono ()	
Enumera todos tus sintomas:			Cuanto hace que te molesta?	Has tenido esta condicion anteriormente?	
1.				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
2.				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
3.				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Tienes medico primario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		Si, Nombre de tu doctor:			
Tienes Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Si, Nombre de la Compania de Seguro Medico			
Nos visitas por: <input type="checkbox"/> Accidente de Auto <input type="checkbox"/> Accidente de Empleo			Has tenido quiropractica anteriormente?		
Tienes un Abogado? (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Donde		
Alguna ves has sufrido de caidas, accidentes de auto o algunas lesiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Porfavor describe)	Mes / Año	Tipo de Accidente		Describe lesion	
Te han hecho MRI's, CT Scans, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Porfavor describe)	Mes / Año	Tipo de estudio		Resultados / Comentarios	
Has tenido alguna cirugia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Porfavor describe)	Mes / Año	Tipo de Cirugia		Comentarios	
Actualmente esta tomando algun tipo de medicamento o vitamina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Porfavor describe)	Dosis por dia	Nombre de Droga		Tiempo que lleva tomandola	
Hay algo adicional que usted entiende que el doctor debe saber de usted o de su condicion?					

PORFAVOR INDIQUE CUALES DE LOS SIGUIENTES LES DA PROBLEMAS

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
_____ veces/semana _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte media de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja |
| <input type="checkbox"/> Puntadas en la cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello radiando a: | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja radiando |
| <input type="checkbox"/> Migrañas
_____ veces/semana _____ | <input type="checkbox"/> Homro derecho | <input type="checkbox"/> Corto de respiracion | <input type="checkbox"/> Cadera derecha |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Brazo derecho | <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Pierna derecha |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Mano derecha | <input type="checkbox"/> Coyunturas dolorosas | <input type="checkbox"/> Rodilla derecha |
| <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo | <input type="checkbox"/> Precion Alta | <input type="checkbox"/> Pie derecho |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Mano izquierda | <input type="checkbox"/> Iregularidad Menstrual | <input type="checkbox"/> Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo – | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro | <input type="checkbox"/> Constipacion | <input type="checkbox"/> Pie izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Punzadas en la cara | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo – | <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| <input type="checkbox"/> Timbrar en los oidos | <input type="checkbox"/> Dolor de brazo | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Dolor de caderas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oidos | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo – | <input type="checkbox"/> Ataques del corazon | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| <input type="checkbox"/> Perdida de balance | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de brazo | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Dolor de pierna |
| <input type="checkbox"/> Luz molesta los ojos | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo – | <input type="checkbox"/> Problemas de vesicula | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Dolor de Mano | <input type="checkbox"/> Problemas de prostota | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de pierna |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo – | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroide | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de mano | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla |
| <input type="checkbox"/> Iritibilidad | <input type="checkbox"/> Espasmo muscular en el cuello | <input type="checkbox"/> Coyunturas/Tobillos Inchado | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| | <input type="checkbox"/> Roceamiento en el cuello | | <input type="checkbox"/> Dolor de pie |
| | <input type="checkbox"/> Manos / Dedos Frias | | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> izquierda – |
| | | | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de pie |

Otros Problemas de salud son: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Doctors Use Only

Co morbidities:

Reduced/Reversed Cervical Lordosis _____ DJD _____ DDD _____ Scoliosis _____ Spondylo _____

Surgeries _____

Comments:

PRELIMINARY DIAGNOSIS (strike/change inapplicable codes - indicate Extraspinal Region if applicable)					
Subluxation Level	Subluxation Code	Muscle Spasm	Segmental Dysfunction	Radiculitis	Symptoms
C-	839.0	728.85 (A)	739.1	723.4 (A)	723.1
T-	839.21	728.85	739.2	724.4 (A)	724.1
L-	839.20	728.85 (A)	739.3 (A)	724.4 (B)	724.2
S	839.52	728.85	739.4	724.4 (C)	
P	839.69	728.85	739.5	724.4 (C)	
Extraspinal Region – Rib cage (739.8) Upper Ext. _____ (739.7) Lower Ext. _____ (739.6)					

PRELIMINARY TREATMENT PLAN

Schedule: Daily _____ 3X/Wk _____ 2X/Wk _____ 1X/Wk _____ Other _____