

Hoja de Información de Salud del Cliente

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Quien le envió a esta oficina? Nombre: _____

Paginas amarillas Anuncio Letrero Otro: _____

Sintomas Actuales: ¿Cual es su problema principal o condición que quiere mejorar? _____

¿Cuando se dio cuenta de el problema principal? _____

¿Que lo provoco? _____

¿Qué actividades agravan el problema? _____

¿Esta esta situación empeorando progresivamente? Sí No

Explique por favor: _____

¿Este problema interfiere con el trabajo? Sí No Sueño? Sí No Rutina Diaria? Sí No

Explique por favor: _____

¿Que ha hecho para obrenen alivio? _____

¿Ha habido algún diagnostico medico? Sí No

¿Si ha sido así, por quien? _____

Explique por favor: _____

¿Le han tomado radiografías? Sí No

¿Si es así, por quien? _____

¿Cuales son intenciones o expectativas en esta visita? _____

¿Esta actualmente bajo algún tratamiento medico/terapeutico? Sí No

¿Si es así, para que problema? _____

Por favor proporcione el nombre y numero de teléfono de su doctor: _____

Mencione cualquier medicamento (incluyendo aspirina) y suplementos nutricionales que este tomando:

Describa los ejercicios que practica (incluyendo la frecuencia): _____

Mencione otras terapias que este recibiendo: _____

Por favor mencione (fecha y descripción) de cualquier accidente u operaciones: _____

Por favor mencione cualquier comentario adicional acerca de su salud y bienestar: _____
