



**Better Life**  
**CHIROPRACTIC**  
A Creating Wellness Center

**6753 El Cajon Blvd. San Diego, CA 92115 TEL: (619) 584-HUGS (4847)**

**Bienvenidos a nuestra oficina!**

Por favor llene nuestro registro de salud lo mas completo y preciso posible. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntarle a una de nuestras asistentes quiropracticas.

Es nuestro placer estar al servicio de usted. Nuestro compromiso a usted es promover la mas alta calidad de salud y bienestar con cuidado quiropractico.



6753 El Cajon Blvd.  
San Diego, CA. 92115

Tel: (619) 584-4847  
Fax: (619) 407-7990

[www.betterlifechiropractic.com](http://www.betterlifechiropractic.com)

**Nutricion y cuidado de si mismo solo son dos componentes en obtener bienestar optimo. Por favor diganos que esta haciendo para su salud en este momento.**

**Cosas que estoy haciendo en este momento para mantener mi salud incluyen:**

<input type="checkbox"/> Tomando mucha agua <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio con regularidad <input type="checkbox"/> Descansar suficiente <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Rezar y meditar <input type="checkbox"/> Yoga/Pilates/Aerobic <input type="checkbox"/> Alcohol en moderacion <input type="checkbox"/> Remedios Homeopaticos <input type="checkbox"/> Mantener una actitud positiva <input type="checkbox"/> Libros para mejorar a uno mismo	<input type="checkbox"/> Comer comida comidas organicas <input type="checkbox"/> Vitaminas, minerals o hierbas <input type="checkbox"/> Mantener el peso apropiado <input type="checkbox"/> Recibir masajes regulars <input type="checkbox"/> Consejeria/Terapia <input type="checkbox"/> Levantador de talon <input type="checkbox"/> Usar una almohada cervical <input type="checkbox"/> Asistir a servicios religiosos <input type="checkbox"/> Examenes fisicos anuales
--	---

**Por favor indique cual de estos es consistente para usted:**

- Comer comidas rapidas
- Trabajar larga horas
- Se siente agobiado/agotado/cansado
- Experimenta gas/hinchazon/indigestion
- Experimenta sensitivad con comida/alergias
- Periodos de estreñimiento/heces suelto/irregularidad
- Historia del nervio pellizcado/disco con hernia/degeneracion de coyunturas
- Estallido/rigor/inflexibilidad en sus coyunturas
- Familia diagnosticada con osteoporosis/huesos delgados y fragile
- Calambres musculares (deportes o menstrual)
- Ansiedad/Nerviosismo
- Cabello/Uñas/piel delgada y debil
- Caries en los dientes
- Historia familiar de enfermedad del Corazon
- Baja energia/perdida de vitalidad
- Historia familiar de catarro/gripa/infecciones/sistema inmunologico debilitado
- Pobre salud de las encias/gingivitis
- Antojos de comidas con azucar
- Batalla con perdida de peso
- Falta de proteina en la dieta
- Colesterol alto
- Batalla en comer comida saludable durante el dia
- Actualmente tomando suplementos de vitaminas (si es asi por favor indique cuales abajo)

## INFORMACION DEL PACIENTE

## RAZON POR LA VISITA

Nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa ( ) \_\_\_\_\_  
Telefono Celular ( ) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_ Masculino \_\_ Femenino # de Hijos/as \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Domicilio de Trabajo \_\_\_\_\_  
Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_ Casado \_\_ Soltero/a  
                  \_\_ Divorciado/a \_\_ Viudo/a  
# de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_  
**Metodo de Pago** \_\_ Dinero en efectivo  
                                  \_\_ Cheque \_\_ Tarjeta de credito  
# de Tarjeta de credito \_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ESPOSO/A O PADRES

Nombre \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Domicilio de Trabajo \_\_\_\_\_  
Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_

Describe el proposito de esta visita \_\_\_\_\_

El proposito de esta cita esta relacionado a:  
\_\_ Trabajo \_\_ Deportes \_\_ Auto \_\_ Caida  
\_\_ Incomodidad Cronica \_\_ Herida en el Hogar  
\_\_ Otra Razon

Por favor explique \_\_\_\_\_

Si relacionado a su trabajo, ha hecho un reporte  
de su accidente a su empleador? \_\_ Si \_\_ No

Cuando empezo esta condicion? \_\_\_\_\_  
La condicion ha \_\_ Empeorado \_\_ Mantenido  
constante \_\_ Va y viene

Esta condicion interfiere con:  
\_\_ Trabajo \_\_ Sueño \_\_ Rutina Diaria \_\_ Otras  
actividades

Por favor explique \_\_\_\_\_

Esta condicion ha ocurrido antes? \_\_ Si \_\_ No

Explique \_\_\_\_\_

Ha visto a otros doctors para esta condicion?  
\_\_ Si \_\_ No

Nombre de doctor \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_

## EXPERIENCIA CON QUIROPRACTICA

Quien lo refirio a esta oficina? \_\_\_\_\_

Ha sido ajustado por un quiropractico antes? \_\_ Si \_\_ No

Razon por esas visitas? \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor \_\_\_\_\_

La fecha aproximada de la ultima visita \_\_\_\_\_

Algun *adulto* en su familia ha visto a un Quiropractico? \_\_ Si \_\_ No

Algun *niño* en su familia ha visto a un Quiropractico? \_\_ Si \_\_ No

## CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE QUIROPRACTICA

Usted sabia que.....

Doctores de Quiropractica trabajan con el sistema nervioso? \_\_ Si \_\_ No

El sistema nervioso controla las funciones corporales del cuerpo y sistema? \_\_ Si \_\_ No

Quiropractica es la mayor profesion natural de curacion en el mundo? \_\_ Si \_\_ No

Si cuidado de Quiropractica empieza al nacer , uno puede lograr el nivel mas alto de salud durante su vida? \_\_ Si \_\_ No

## METAS PARA MI CUIDADO

Personas ven a Quiropracticos por variedad de razones. Algunos van por alivio de dolor, unos para corregir la causa de su dolor, y otros para corregir cualquier cosa que esta fallando en su cuerpo. Su Doctor analizara sus necesidades y deseos al recomendar su programa de tratamiento. Por favor indique el tipo de cuidado que desea para poder guiarnos por sus necesidades cuando es posible.

- Cuidado de Alivio:** Alivio sintomatico de dolor o molestias
- Cuidado Correctivo:** Corregiendo y aliviando la causa del problema y los sintomas
- Cuidado Completo:** Traer lo que este fallando en el cuerpo al nivel mas alto de salud con cuidado Quiroptactico
- Quiero que el Doctor seleccione el tipo de cuidado apropiado para mi condicion

Firma de Paciente

Fecha

## MEDICAMENTOS QUE ESTOY TOMANDO

- Pastillas para los nervios
- Medicamento que alivia el dolor ( incluyendo aspirina)
- Relajantes musculares
- Medicamentos para la presion arterial
- Insluina
- Estimulantes
- Diluyentes de la sangre
- Tranquilizante
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## HABITOS DE SALUD

Usted Fuma?     No     Si  
Toma alcohol?     No     Si  
Toma café?     No     Si

Hace ejercicio regularmente?  
 No     Moderado     Diario

Usted usa:  
 Levantador de Talon     Plantillas  
 Ascensores de planta     Apoyo de arco

## CONDICIONES DE SALUD

Por favor marque cada enfermedad o condicion que tiene o ha tenido en el pasado. Aunque no parecan estar relacionados al proposito de la cita, pueden afectar el diagnostico total , el plan de cuidado y la posibilidad de ser aceptado para el cuidado.

- Dolores de cabeza frecuente o severas
- Problemas de los senos paranasales
- Mareos
- Perdida de sueño
- Dolor entre los Hombros
- Dolor frecuenete del cuello
- Entumecimiento o dolor en los brazos/piernas/manos
- Dolor en la parte baja de la espalda
- Problemas Digestivos
- Ulceras/Colitis
- Ataque al Corazon/Derrame cerebral
- Problemas de Tiroides
- Problemas de riñon
- Hepatitis
- Cancer
- Detectar cardiopatias congenitas
- Cirugia del Corazon/ marcapasos del Corazon
- Alta/baja presion arterial
- Dificultad para respirar
- Asma
- Artritis
- Abuso de Alcohol/Drogas
- Enfermedad venereal
- VIH/SIDA
- Diabetes
- Tuberculosis
- Herpes
- Quimioterapia
- Anemia
- Fiebre reumatica

### SOLO PARA MUJERES:

- Esta embarazada?  Si  No
- Esta dando pecho?  Si  No
- Esta tomando anticonceptivos?  Si  No
- Tiene Dolores menstruales?  Si  No
- Tiene ciclos irregulares?  Si  No
- Tiene implantes de mama?  Si  No