

Back Pain, Neck Pain & Headache Relief Center

MARK S. KIMES, D.C., CHIROPRACTIC INC.

A BrainRevive Clinic™



Información del Paciente

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Celular _____

Su ocupación _____ Email (para confirmar citas) _____

SSN _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____

Masculino ☐ Femenina ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ # de Hijos _____ Nombre de pareja _____



Historial de Salud

Enliste todos los proveedores médicos, clínicas y hospitales que haya visitado en los últimos 12 meses.

¿Ha recibido atención quiropráctica anteriormente? ☐ Si ☐ No

Si respondió si, nombre del Dr.: _____ De ser así, ¿cuándo?: _____

Enumere las principales razones de su visita (problemas de salud, dolor o síntomas) en orden de severidad.

1. _____ Por cuánto tiempo? _____

2. _____ Por cuánto tiempo? _____

3. _____ Por cuánto tiempo? _____

4. _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Esto ha estado: ☐ Empeorando ☐ Permaneciendo igual?

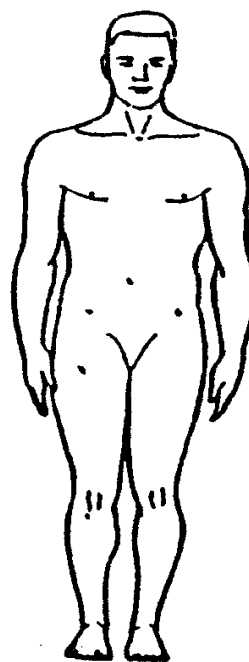
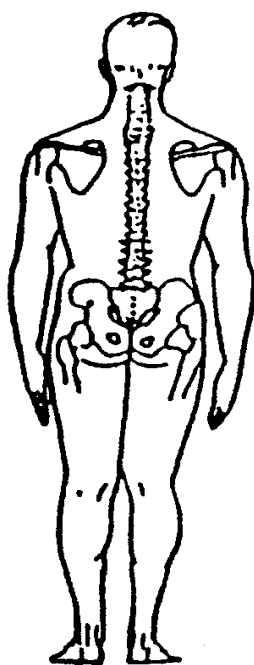
¿Qué actividades, incidentes o eventos pueden haber contribuido a su condición actual? Explique: _____

¿Ha estado involucrado/a en un accidente automovilístico en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

Si respondió si, fecha del accidente: _____

Enliste todas las cirugías previas y fechas: _____

Si está experimentando dolor o síntomas, circule la ubicación exacta en el diagrama a continuación.



Salud Cerebral (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| ☐ Niebla mental | ☐ Poca concentración o atención | ☐ Fatiga mental | ☐ Vértigo |
| ☐ Dificultad de memoria | ☐ Fatiga durante el día | ☐ Dificultad para realizar múltiples tareas | |
| ☐ Distracción | ☐ Lentitud para pensar | ☐ Dificultad para procesar información | |
| ☐ Baja motivación | ☐ Disminución de claridad mental | ☐ Sensación de estar mentalmente abrumado/a | |
| ☐ Hipervigilancia | ☐ Ansiedad o nerviosismo | ☐ Resistencia cognitiva reducida | |
| ☐ Cambios de humor | ☐ Periodo corto de atención | ☐ Rumiación/pensamiento negativo repetitivo | |
| ☐ Dificultad para dormir | ☐ Problemas de relación | ☐ Se frustra fácilmente | |
| ☐ Sensibilidad a la luz | ☐ Sensibilidad al ruido | ☐ Dolores de cabeza | |
| ☐ Neuropatía | ☐ Perdida de equilibrio | ☐ Sobrecarga de estrés | |
| ☐ (TEPT) Estrés postraumático | | ☐ Mareos | |

Historial Cerebral y Neurológico (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Conmoción Cerebral/lesión en la cabeza | ☐ Estrés crónico | ☐ Estrés/trauma emocional |
| ☐ Dificultades de aprendizaje | ☐ Problemas de comportamiento en la niñez | |
| ☐ Síntomas de COVID prolongado | ☐ Enfermedad de Lyme | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Síndrome de fatiga crónica | ☐ Artritis reumatoide | ☐ Convulsiones |
| ☐ TDA (Trastorno por déficit de atención) | ☐ TDAH (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) | |

¿Como calificaría su nivel actual de estrés? ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Severo

¿Alguna otra condición que le gustaría que supiéramos? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____