



THE SOURCE
CHIROPRACTIC

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Home) _____ (Cell) _____

Correo Electrónico: _____ Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____

Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____ Pronombre de Género: _____

¿Por crear un espacio seguro en nuestra oficina, De qué otras maneras se identifica usted y que le gustaría que supiéramos específica y explícitamente?

Ocupación: _____ Nombre de Empleador: _____

____ Militar Activo/Veterano: ____ SI ____ NO – Qué rama/años: _____

Embarazada? ____ SI ____ NO Número de hijos: _____ Nombres y Edades: _____

¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? -- _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD

Preocupaciones de Salud: La preocupación principal primera	Nivel de Gravedad 1= Leve 10= Inaguantable	¿Cuándo comenzó este episodio?	¿Tuvo esta condición antes? ¿Cuándo?	¿Comenzó el problema con una lesión?	¿Constante? ¿Intermitente?

Desde que comenzaron estas quejas / preocupaciones, ¿están?:

____ LO MISMO ____ MEJORANDO ____ EMPEORANDO

¿Qué lo empeora? _____

¿Qué lo hace mejor? _____

¿Qué le impiden estas preocupaciones? _____

¿Ha visto a otros médicos / proveedores de salud para esta condición?

Quiropráctico _____ Doctor medico__Otro Si es así, ¿QUIÉN Y CUÁNDO?: _____

Enumere las CIRUGÍAS (si las hay) y las fechas: _____

Enumere todos los MEDICAMENTOS que está tomando actualmente: _____

¿Cuándo fue su último accidente automovilístico? _____

¿Alguna vez has quedado inconsciente? _____ SI _____ NO

¿Fracturado algún hueso? _____ SI _____ NO – Si es así, por favor describa: _____

Cualquier otro trauma corporal: _____

CIRCULE CUALQUIERA Y TODOS ESTOS PROBLEMAS QUE HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

MAREO	ASMA	PROBLEMAS DE RIÑÓN	FATIGA CRONICA
DOLORES DE CABEZA	ÚLCERAS	PROBLEMAS DE VEJIGA	LUPUS
VÉRTIGO	DOLORES DE PECHO	VEJIGA IRRITABLE	FIBROMIALGIA
INFECCIONES DEL OÍDO	ENTUMECIMIENTO DE BRAZO	NERVIO CIÁTICA	ADD / ADHD
ALERGIAS	DOLORES DE BRAZO	ENTUMECIMIENTO DE PIERNA	ERGE
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	ENTUMECIMIENTO DE MANO	ENTUMECIMIENTO DE PIE	ANSIEDAD
DOLOR DE CUELLO	DOLORES DE HOMBRO	DOLOR DE ESPALDA BAJA	NERVIOSISMO
MIGRAÑAS	TRASTORNOS DE CORAZÓN	DOLOR DE CADERA	EPILEPSIA
RIGIDEZ EN EL CUELLO	DOLOR DE ESPALDA MEDIO	DOLORES DE PIERNA	PROBLEMAS DE DISCO
SENO CRÓNICO	TRASTORNOS ESTOMACALES	DOLOR DE RODILLA	ESTERILIDAD
PROBLEMAS DE GARGANTA	NAUSEA o REFLUJO	ENFERMEDAD DEL HÍGADO	OTRO
PROBLEMAS DE TIROIDES	HIPERTENSIÓN	CUESTIONES MENSTRUALES	

CIRCULE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE ACTUALMENTE O EN EL PASADO:

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR - CÁNCER - ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - CIRUGÍA ESPINAL - CONVULSIONES - FRACTURA
ESPINAL - ESCOLIOSIS - DIABETES

¿En una escala de 0-10 (0= no estoy comprometido, 10= muy comprometido) que tan comprometido es con tu
sanacion! _____ ¿Cuáles son sus expectativas con el cuidado en The Source Chiropractic?

IMPRIMIR NOMBRE

FIRMA

FECHA

Nombre: _____ Fecha: _____

SALUD EMOCIONAL Y BIENESTAR

A continuación se presentan algunas declaraciones sobre sentimientos y pensamientos. Encierre en un círculo el número que mejor describa sus experiencias durante las últimas 2 semanas.

DECLARACIONES	NADA DEL TIEMPO	RARAMENTE	ALGO DE TIEMPO	A MENUDO	TODO EL TIEMPO
Me he sentido optimista sobre el futuro.	1	2	3	4	5
Me he sentido útil.	1	2	3	4	5
Me he sentido relajado/a.	1	2	3	4	5
Me he sentido interesado en otras personas	1	2	3	4	5
He tenido energía de sobra.	1	2	3	4	5
He estado lidiando bien con los problemas.	1	2	3	4	5
He estado pensando con claridad.	1	2	3	4	5
Me he estado sintiendo bien conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
Me he sentido cerca de otras personas.	1	2	3	4	5
Me he sentido seguro/a.	1	2	3	4	5
He podido decidirme sobre las cosas.	1	2	3	4	5
Me he sentido amado/a.	1	2	3	4	5
He estado interesado en cosas nuevas.	1	2	3	4	5
Me he estado sintiendo alegre.	1	2	3	4	5

Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)
 NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved.

Please read each item and circle the number which comes closest to how you have been feeling in the past 2 weeks. Don't take too long over your replies, your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought

INITIAL EXAM INTAKE FORM



NAME: _____

DOB: _____

DATE: _____

Romberg	A-P or L-M	MOTOR	L / R	SUBLUXATION [-3 -6 -9 Total] P - Pain T - Tension E - Edema C - Compression H - Heat	
Gillet's	L ____ R ____	Delt: C5	/		
L-ROM	Flex: /90	Bicep: C6	/		
	Ext: /30	Tricep: C7	/		
	LF: /30(R)	W. Flx:	/		
	LF: /30(L)	W. Ext:	/		
	Rot: /30(R)	Inteross: T1	/		
	Rot: /30(L)	Psoas: L1-2	/		
C-ROM		Quad: L2-4	/		
	Flex: /60	TFL: L5-S1	/		
	Ext: /50	QL:	/		
	LF: /40(R)	SENSORY			
	LF: /40(L)	ORTHO			
	Rot: /80(R)	SLR			
	Rot: /80(L)	Prone SLR			
DvE	+ L or R	Valsalva			
DvF	+ L or R	MCC/Kemps		Ext (2)	

Additional Exam Notes: _____

X-Ray Referral / Request: _____

2v Cervical _____ 2v Thoracic _____ 2v Lumbopelvic _____ Special Films _____

Health Hx: _____	Posture: _____
Fx Exam: _____	Gait: _____
Posture: _____	Squat: _____
X-Ray: _____	X-Ray Findings: _____
SOURCE SCORE: _____	

Doctor Signature: _____ Date: _____