



F.I.R.S.T. HEALTH

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Dibuje la ubicación de su dolor en los contornos del cuerpo usando los símbolos a continuación para describir su queja.

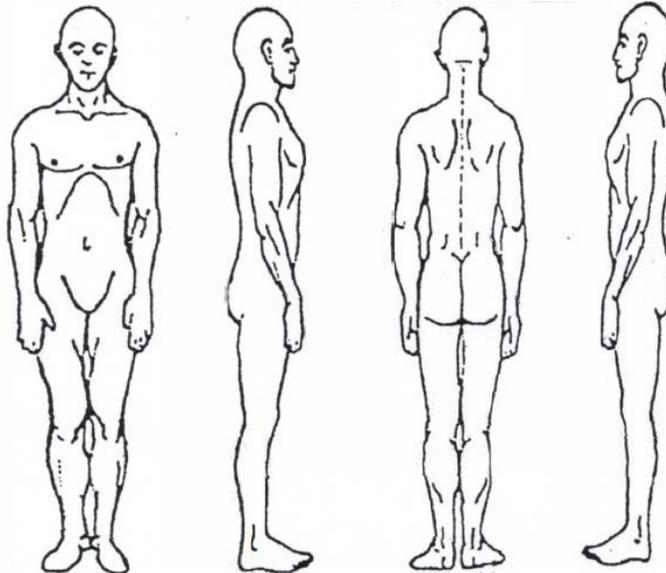
Dolor
/\ \ \ \ \

Entumecimiento
+++++++

Pines y agujas
0000000

Ardiente
XXXXX

Apuñalar y agudo
//////////



**Instrucciones: Por favor, elija el número que mejor describe su dolor.
¿Cuál es tu dolor AHORA MISMO?**

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sin dolor

Dolor inaguantable

OBJETIVO DE ESTA CITA: Marque "1" si la condición actual, "2" si la historia pasada de.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Sinusitis / Alergia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Asma / Alergia |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre hombros | <input type="checkbox"/> Tobillo / Dolor de pie |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja / ciática | <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca / mano |
| <input type="checkbox"/> Examen espinal del niño | <input type="checkbox"/> Desequilibrio nutricional |
| <input type="checkbox"/> Lesion deportiva | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico del lastimadura | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Bienestar / Cuidado Preventivo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Trastorno digestivo | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

¿ESTAS EMBARAZADA? Sí No

FECHA DEL ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL _____

FIRMA: _____



F.I.R.S.T. HEALTH

¿Quién es su médico de atención primaria? _____ Teléfono #: _____

Compruebe para indicar si actualmente experimenta alguna de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Cambios en el intestino y la vejiga	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna / rodilla	<input type="checkbox"/> Pérdida de olor / sabor
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Dolor de pies y tobillos	<input type="checkbox"/> Pérdida repentina de peso
<input type="checkbox"/> Dificultades para Dormir	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Pernos / agujas en brazos
<input type="checkbox"/> Dolor de brazo/mano	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pernos/agujas en las piernas
<input type="checkbox"/> Dolor de cadera	<input type="checkbox"/> Los ojos de los llorones	<input type="checkbox"/> Pies fríos
<input type="checkbox"/> Dolor de cuello / Rigidez	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Problemas de mandíbula
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda / Rigidez	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Dolor de hombro	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Sueños fríos
<input type="checkbox"/> Dolor de la noche	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Visión borrosa

Por favor, marque para indicar si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes:

<input type="checkbox"/> Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Nervio pellizcado
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Anorexia / bulimia	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Prótesis
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Tumores / Crecimientos
<input type="checkbox"/> Bultos en los senos	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Dependencia química	<input type="checkbox"/> Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Pechos fibroquísticos
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata
<input type="checkbox"/> Desorden del cuenco	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Tensión
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio
<input type="checkbox"/> Dismenorrrea	<input type="checkbox"/> Lesiones deportivas	<input type="checkbox"/> Problemas Posturales
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Lesiones por Accidente Automovilístico	<input type="checkbox"/> Tomas de alergia
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple		<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

¿Está actualmente bajo atención médica? Sí No si es así Explique: _____

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Por favor indique cualquier cirugía y / o hospitalizaciones que haya tenido (tipo y fecha):

Por favor liste cualquier alergia:

Por favor, liste los suplementos que está tomando actualmente (vitaminas / hierbas / minerales):

¿Hay antecedentes familiares de alguna de las siguientes condiciones? (Indique el miembro de la familia incluyendo padres, abuelos y hermanos)

- Enfermedad del Corazon/Cardiaco** _____
- Diabetes** _____
- Cancer** _____
- Artritis** _____
- Otra Problema(s)** _____

¿Hace ejercicio: Frecuentemente Moderadamente Ocasionalmente Ninguno

¿Sus actividades de trabajo incluyen principalmente:

Sentado Permanente Trabajo Ligero Trabajo Pesado

¿Duerme en su: Espalda (boca arriba) Lado Estómago

¿Utiliza una almohada ortopédica? Sí No

¿Cuál es su dieta diaria / semanal de lo siguiente?

Cafeína / Café _____ tazas / día

Alcohol _____ bebidas / semana

Cigarrillos _____ paquetes / día

*Certifico que las preguntas anteriores fueron contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA: _____ FECHA: _____