

Quejada de Paciente

Fecha ___/___/___ Nombre _____ Firma _____

El propósito de esta visita? ___ Cita de Plan de Tratamiento ___ Cita de Teléfono ___ Visita sin cita
Fecha de Accidente _____

Hay cambios en su historia medica desde su ultima visita? (Prescripciones,Cirugia,Herida, etc) ___SI ___NO
Si contesta SI, describe por favor cuales son esos cambios:

Cuando empecé la molestia de HOY? Hoy ___días ___semanas ___meses ___parte de plan de tratamiento
Que paso que inicio o empeoro su condición? _____

Este es condición nueva o mi condición ya existía a mejorado no cambia esta peor

Ha recibido tratamiento de otro proveedor médico por esta condición? Si No _____

Indique donde esta su dolor en el imagen abajo- También muestre donde tiene el dolor

Posterior

Anterior

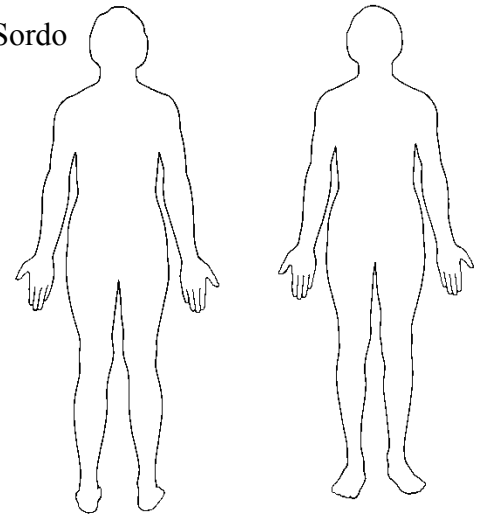
Marque la calidad de su dolor

- Adolorido Sensación que quema Molestando Pulsando Aspirando Sordo
 Espasmos Entumecimiento Temblando Rigidez

Mi dolor **ahora** esta No dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor

Mi dolor a lo **peor** esta No dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor

Mi dolor es **mayor** esta No dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor



Cuan a menudo tiene su síntomas?:

- Constante Frecuente Ocasionalmente Viene y Va
75- 100% 50-75% 25-50% 1-25%

Cuales actividades agravan su condición:

- doblarse estirarse dormir caminar pararse sentarse
 levantar tareas de casa manejar otra actividad

Cuales actividades alivian su condición:

- hielo/frío calor quiropráctico massage medicamentos por dolor cambiando posiciones descanso
 otra actividad _____

Como afecta esta condición sus actividades de vida?

- No me afecta me afecta poco Me afecta moderadamente me afecta mucho Me afecta extremadamente

In what areas of daily activities is it interfering?

- dormir doblarse estirarse caminar pararse sentarse levantar tareas de casa manejar
 otra actividad _____ tengo movimiento prohibido en mi

COMMENTS: _____

Objective, Assessment, & Plan

Patient Name: _____

Attending doctor:-

Date of Service: _____

Chief Complaint

Objective

P.A.R.T

Cervical:

--	--	--	--

Thoracic:

--	--	--	--

Lumbar:

--	--	--	--

Pelvic:

--	--	--	--

Assessment

Plan
