

REQUIRED FOR YOUR CASE HISTORY FILE

Name _____ Date _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Telephone _____ Social Security No. _____ Driver's License No. _____
Age _____ Birthdate _____ Sex _____ Marriage Status: M S W D No. Children _____
Occupation _____ Employer _____ Years Employed _____
Employer's Address _____ Work Phone _____ Bank _____
Spouse's Name _____ Occupation _____ Employer _____
Person responsible for this account _____ Referred by _____

INSURANCE INFORMATION

Are you covered by Medicare? Yes No Medi-Cal? Yes No County _____
Do you have any group, union or personal health and accident insurance? Yes No
Name of Insurance Company _____ Group No. _____ I.D. No. _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Is your condition due to an accident or illness? _____
Did your accident occur while at work? Yes No When _____
Were you involved in an automobile accident? Yes No When _____
Cash payment _____ Other _____

SYMPTOMS

HEAD:

- Headache
 - entire head
 - back of head
 - forehead
 - temples
 - migraine
- Heads feels heavy
- Loss of memory
- Light-headedness
- Fainting
- Lights bother eyes
- Loss of smell
- Loss of taste
- Loss of balance
- Dizziness
- Loss of hearing
- Pain in ears
- Ringing in ears
- Buzzing in ears

NECK:

- Pain in neck
- Neck pain with movement
- Pinched nerve in neck
- Neck feels out of place
- Stiff neck
- Muscle spasms in neck
- Grinding sounds in neck
- Grating sounds in neck
- Popping sounds in neck
- Arthritis in neck

LOW BACK:

- Low back pain
- Low back pain is worse when:
 - working
 - lifting
 - stooping
 - standing
 - sitting
 - bending
 - coughing
- Pinched nerve in low back
- Slipped disc
- Low back feels out of place
- Muscle spasms
- Arthritis

MID-BACK:

- Mid-back pain
- Pain between shoulder blades
- Sharp stabbing pain in mid-back
- Muscle spasms

ABDOMEN:

- Nervous stomach
- Nausea
- Gas
- Constipation
- Diarrhea

SHOULDERS:

- Pain in shoulder joint (R-L)
- Pain across shoulders
- Bursitis (R-L)
- Arthritis (R-L)
- Can't raise arm
 - above shoulder level
 - over head
- Tension in shoulder (R-L)
- Muscle spasms in shoulders

ARMS & HANDS:

- Pain in upper arm
- Pain in forearm
- Pain in hands
- Pain in fingers
- Pinched nerve in arm
- Pinched nerve in fingers
- Sensation of pins & needles in arms
- Sensation of pins & needles in fingers
- Fingers go to sleep
- Hands cold
- Swollen joints in fingers
- Sore joints in fingers
- Arthritis in fingers
- Loss of grip strength

CHEST:

- Chest pain
- Shortness of breath
- Pain around ribs

HIPS, LEGS & FEET:

- Pain in buttocks (R-L)
- Pain in hip joint (R-L)
- Pain down leg (R-L)
- Pain down both legs
- Leg cramps
- Pins & needles in legs (R-L)
- Numbness of leg (R-L)
- Numbness of feet (R-L)
- Numbness of toes
- Feet feel cold
- Cramps in feet (R-L)
- Swollen ankles (R-L)
- Swollen feet (R-L)
- Painful joints in toes
- Pain in foot (R-L)
- Pain in knee (R-L)

GENERAL:

- Nervousness
- Irritable
- Depressed
- Fatigue
- Generally feel run-down
- Loss of sleep
- Loss of weight

Have you had X-rays before? Yes No When? _____

What areas were X-rayed? _____

WOMEN ONLY:

Menstrual Pain Cramping Irregularity Date of last period? _____
Are you now pregnant? Yes No How long? _____

PAYMENT IS EXPECTED AT TIME OF VISIT, UNLESS OTHER ARRANGEMENTS HAVE BEEN MADE.

PATIENT'S SIGNATURE _____

Para Su Historia Médica

Nombre _____ Fecha _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Teléfono _____ N° Seguro Social _____ N° Licencia de Manejo _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Edo. Civil: C S V D N° Hijos _____
Ocupación _____ Empleado Por _____ Años ahí _____
Dirección de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____ Banco _____
Nombre de Esposa _____ Ocupación _____ Empleado Por _____
Persona Responsable de esta cuenta _____ Recomendado Por _____

INFORMACION DE SU SEGURO

Está ud cubierto por Medicare? Sí No Medi-Cal? Sí No Condado _____
Tiene ud un seguro personal; de grupo; de su unión? Sí No
Nombre de la Cía Aseguradora _____ N° de Póliza _____
Dirección _____ Agente _____
Es su condición debido a un accidente ó a una enfermedad? _____
Ocurrió su accidente en su trabajo? Sí No Cuando _____
Tuvo Ud. un accidente automovilístico? Si No Cuando _____
Paga Ud. al contado esta visita? _____ De otra Manera _____

SINTOMAS

CABEZA

- Dolor de cabeza
 - Cabeza entera
 - Parte trasera
 - La frente
 - La sien
 - Migraña
- Cabeza pesada
- Pérdida de memorias
- Delirante
- Desmayo
- Luz molesta los ojos
- Pérdida de olfato
- Pérdida de sabor
- Pérdida de equilibrio
- Mareo
- Pérdida de oído
- Dolor de oídos
- Campaneo
- Zumbido

ESPALDA INFERIOR

- Dolor
- Empeora el dolor cuando:
 - Trabaja
 - Se levanta
 - Se agacha
 - Se para
 - Se sienta
 - Se dobla
 - Tose
- Nervio pelliscado
- Disco caído
- Torcido
- Espasmos musculares
- Artritis

EN MEDIO DE LA ESPALDA

- Dolor
- Dolor entre espaldillas
- Dolor agudo
- Espasmos musculares

ABDÓMEN

- Estomago nervioso
- Asco
- Gas
- Estreñimiento
- Diarrea

HOMBROS

- Dolor en la junta (D-I)
- Dolor al través de hombros
- Bursitis (D-I)
- Artritis (D-I)
- No puede levantar el brazo
 - Arriba del hombro
 - Arriba de la cabeza
- Tensión en los hombros
- Nervio pelliscado en hombro (D-I)
- Espasmos musculares

BRAZOS Y MANOS

- Dolor de brazo superior
- Dolor de antebrazo
- Dolor en manos
- Dolor en dedos
- Nervio pelliscado en brazo
- Nervio pelliscado en dedos
- Hormigueo en brazos
- Hormigueo en dedos
- Dedos dormidos
- Manos frías
- Hinchazón en los dedos
- Juntas adoloridas en dedos
- Artritis en dedos
- Pérdida de fuerza al apretar

PECHO

- Dolor
- Falta de aire
- Dolor en costillas

CADERAS, PIERNAS Y PIES

- Dolor de asentaderas (D-I)
- Dolor de cadera (D-I)
- Dolor a través de pierna (D-I)
- Dolor a través de ambas piernas
- Calambres en piernas
- Hormigueo en piernas (D-I)
- Pierna dormida (D-I)
- Pie dormido (D-I)
- Dedos dormidos
- Pies frios
- Calambres en pie (D-I)
- Tobillo hinchado (D-I)
- Pie hinchado (D-I)
- Dolor de juntas en los dedos
- Dolor en pie (D-I)
- Dolor en rodilla (D-I)

GENERAL

- Nervioso
- Irritable
- Deprimido
- Fatigado
- Cansancio
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso

Ha tenido Ud. radiografías? Sí No Cuando? _____
Qué área de su cuerpo fue radiografiado? _____

UNICAMENTE MUJERES:

Dolor menstrual Cólicos Irregularidad Fecha de su última regla menstrual? _____
Está Ud. embarazada? Sí No Cuanto tiempo tiene? _____

ESPERAMOS PAGO INMEDIATO DE ESTA VISITA A MENOS QUE UD, HAYA HECHO OTROS ARREGLOS.

Firma del Paciente _____