



# Kings Canyon Chiropractic

---

4842 E. Kings Canyon Road, Ste. 103, Fresno CA 93727

Phone: 559-255-7121 Fax: 559-255-7120

Bienvenidos a nuestra oficina!

Porfavor tome tiempo y llene TODOS las formas incluidas.  
Para que el Doctor pueda atenderlo/a todas las formas tienen que estar llenadas antes de su cita.

Sinceramente,

Angelica  
Empleada de KCC

**\*Kings Canyon Quiropráctica \*Hoja de Información de Pacientes  
Nuevos\***

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular o Trabajo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Trabaja Para: \_\_\_\_\_ Nombre de Pareja: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Conjugue: \_\_\_\_\_

Referido por: (Amigo/a) (Familiar) (Letrero) (Telemundo) (Azteca) (Clasificado) (Sol)

(Internet) (TV) (Paginas Amarillas) (Órale) (Radio) (Pique) (Mundo Fox)(La Especial)  
(Otro: \_\_\_\_\_)

Marque con un círculo sus síntomas actuales:

(Dolores de Cabeza) (Dolor de Cuello) (Rigidez en el Cuello) (Alergias) (Dolor de Hombro/Brazo)

(Dolor de Espalda Superior) (Dolor de Espalda Media) (Dolor de Espalda Baja) (Dolor de Cadera) (Asma)

(Problemas de Sinusitis) (Dolor de Estomago) (Dolor de Pecho) (Entumecimiento) (Artritis) (Ciática)

(Estrés) (Dolor en la Rodilla) (Piernas/Pies Dolor) (Otro: \_\_\_\_\_)

Mis síntomas son debido a: (Accidente Automovilístico) (Accidente de Trabajo) (Accidente en Casa) (Aparición Gradual)

Lista toda cirugía que haga tenido en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugía de la espina dorsal? (No) (Sí: \_\_\_\_\_)

Lista alguna enfermedad grave de cual el médico debería de saber: \_\_\_\_\_

Quiropráctico Anterior: \_\_\_\_\_ ¿Quedo Satisfecho? (No) (Sí)

\*Mujeres: ¿Está usted embarazada? (No) (Sí) Fecha de Parto: \_\_\_\_\_

**Políticas de la Oficina:** Si soy aceptado como paciente la Oficina de Kings Canyon quiropráctica, estoy de acuerdo en pagar todos los servicios, incluido los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Si suspendo (o termino) mi tratamiento sin el permiso del medico, se entenderá que han alcanzado la curación máxima de mi condición. Entonces estoy de acuerdo en ser totalmente responsable de mi condición y la atención en el futuro.

**Consentimiento para Tratamiento:** También entiendo que no hay cura prometida (o implicada) y los riesgos respecto a la atención en esta oficina se me explico en mi solicitud. Yo ahora autorizo a Dr. Dao/Dr. Mai para proceder con cualquier tratamiento necesario. He leído las políticas de la oficina de Dr. Dao/Dr. Mai y el consentimiento para el tratamiento de la información, y estoy de acuerdo con ello, firmando a continuación:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Kings Canyon Chiropractic ~ 4842 E. Kings Canyon Road, Suite 103 ~ Fresno, Ca 93727  
Phone: 559-255-7121 ~ Fax: 559-255-7120

## Forma Historial del Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ File #: \_\_\_\_\_

**En el diagrama a la derecha,  
Favor de marcar donde está teniendo síntomas:**

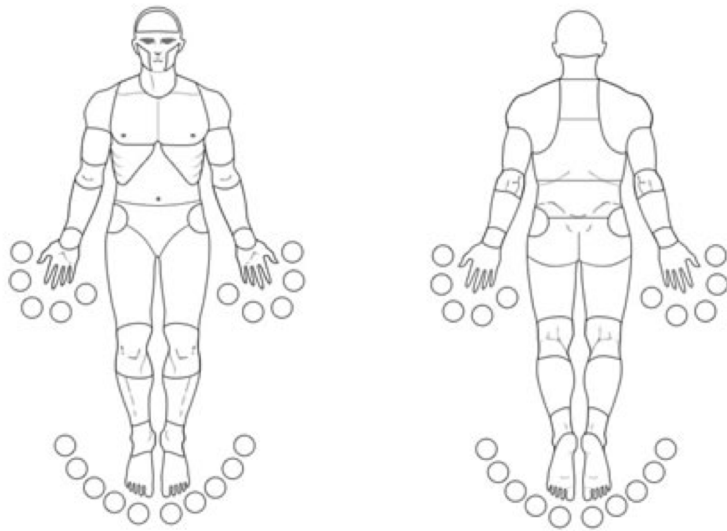
Use the following as a guide:

D= Dolor

C= Cosquilleo

E = Entumecimiento

A = Ardor



Las siguientes preguntas se refieren a su **MAYOR problema:**

**Su dolor es constante?** SI NO  
**El entumecimiento/cosquilleo es constante?** SI NO

**Cuanto tiempo tiene sufriendo con esta condicion?**

---

**Ha tenido estos problemas en el pasado?** \_\_\_\_\_

**Se ha estado empeorando?** SI NO **Si esque si, por cuanto tiempo?** \_\_\_\_\_

**Como describira su dolor?** Adolorido, Filoso, Ardiendo, Entumecimiento, Abujas, Presion, Tension \_\_\_\_\_

**Como calificaria su dolor del 1 (mejor) al 10 (peor)?**

**Actualmente:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**En Promedio:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**En su mejor momento:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Cuando esta peor:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Comenzo su problema gradualmente o derrepente?** Gradualmente Derrepente No Se

**Tuvo alguna leccion que causara su problema?**

---



---

**Que empeora su problema?** Doblarse Levantar Torser Voltear Sentar Parado Caminar Sentar-para-Pararse Acostarse Leer Computadora Manejar Subir y bajar del carro

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Alguno de estos ayuda a aliviar su problema?** Calor, Hielo, Estiramientos, Medicamentos sin receta, Descansar, Nada Otro: \_\_\_\_\_

**Cuando es peor su problema:** Manana, Tarde, Noche, Mientras duerme, Todo Igual

**Le han dicho exactamente que condicion tiene?**

---

**Ha intentado alguno de los siguientes?: Resultado del tratamiento: (circule uno para cada una)**

Relajantes de Musculos (Receta): SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal

Medicina Anti-enflamatoria (Receta): SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal

Medicamentos de Dolor (Receta): SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal

Terapia fisica: SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal

Quiropractico: SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal  
 Terapia de Masaje: SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal  
 Acupuntura: SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal  
 Inyecciones (incluyendo de parto): SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal  
 Cirugia Espinal:: SI NO No Ayudo Empeoro Alivio Temporal

**Le han dicho que ocupa inyeccion?** SI NO Por quien? \_\_\_\_\_

**Le han dicho que ocupa cirugia espinal?** SI NO Por quien? \_\_\_\_\_

**Alguna vez a tenido:**

Fractura Espinal? SI NO  
 Cancer de Hueso? SI NO  
 Infeccion, enfermedad, o desorden de Hueso? SI NO  
 Aneurisma Abdominal? SI NO  
 Calambres de noche? SI NO ---> Manos Dedos Chamorros Pies Dedos Derecha Izquierda  
 Inflamacion? SI NO ----> Manos Dedos Piernas Tobillos Pies Derecha Izquierda

**Tiene debileza de musculos en los brazos o piernas?**SI NO Brazos Piernas Derecha/ Izquierda

**Tiene atrofia muscular (perdida de tono muscular)?**SI NO NO Brazos Piernas Derecha/ Izquierda

**Como le afecta su vida?** \_\_\_\_\_

**Que tan serio toma esto?** \_\_\_\_\_

**Que piensa que pasaria si no se atiende?** \_\_\_\_\_

## Kings Canyon Chiropractic

Dr. Lien Dao, DC & Dr. Loc Mai, DC \* Email: kccfresno@gmail.com  
 Phone: (559) 255-7121 \* Fax: (559)255-7120  
 4842 E. Kings Canyon Rd., Suite 103, Fresno CA, 93727

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

[Por favor **circule el número** que describe con mayor precisión su principal queja (s) de hoy:]

**1. Cual es la intensidad de su Dolor?**

------(0)------(1)------(2)------(3)------(4)-----  
 No Dolor Dolor Leve Dolor Moderado Dolor Severo Peor Dolor  
 Posible

**2. Cual es la frecuencia de su Dolor?**

------(0)------(1)------(2)------(3)-----  
 (4)-----  
 No Dolor Dolor Ocasional Dolor Intermitente Dolor Frecuente Dolor Constante  
 25% Del Día 50% Del Día 75% Del Día 100% Del Día

**3. Para su cuidado Personal (Ej. Lavar trastes, Vestirse.)**

------(0)------(1)------(2)------(3)-----  
 (4)-----  
 No Dolor Dolor Leve Dolor Moderado Dolor Moderado Dolor Severo  
 No Restricciones No Restricciones Ir poco a poco Necesita Asistencia Necesita 100% de Asistencia

**4. Para manejar o ir sentado en un carro?**

------(0)------(1)------(2)------(3)-----  
 (4)-----

No Dolor Severo En Viajes Largos	Dolor Leve En Viajes Cortos	Dolor Moderado En Viajes Cortos	Dolor Moderado En Viajes Largos	Dolor En Viajes Largos
--	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------

**5. Para trabajar?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 Hacer Trabajo habitual Mas Trabajo Extra    Hacer Trabajo habitual No Trabajo Extra    Puede hacer 50% De su Trabajo Usual    Puede hacer 25% De su Trabajo Usual    No Pude Trabajar

**6. Para hacer sus actividades?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 Pude Hacer Todas Ninguna Actividades    Puede Hacer la Mayoría Actividades    Puede Hacer 50% Actividades    Puede Hacer 25% Actividades    No Puede Actividad

**7. Para dormir?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 Duerme Perfectamente Perturbado    Ligeramente Perturbado    Moderadamente Perturbado    Duerme Muy Perturbado    Totalmente

**8. Para levantar peso?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 No Dolor Aumentado    Dolor Aumentado    Dolor Aumentado    Dolor Aumentado    Dolor  
 Cuando Levanta Peso Pesado    Con Peso Moderado    Con Peso Ligero    Con Cualquier

**9. Para caminar?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 No Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta  
 Dolor    Después de    Después de    Después de    Con  
 Cualquier Distancia    Una milla    Media milla    Cuarto de milla  
 Cualquier

**10. Para estar parado/a?**  
 -----(0)----- (1)----- (2)----- (3)-----  
 (4)-----  
 No Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta Dolor    Aumenta  
 Dolor    Con Cualquier Duración    Después de Varias    Después de Varias    Después de Una  
 Después de Media Hora    Hora    Hora    Horas    Hora

**Kings Canyon Chiropractic**  
 Dr. Lien Dao, DC & Dr. Loc Mai, DC \* Email: kccfresno@gmail.com  
 Phone: (559) 255-7121 \* Fax: (559) 255-7120  
 4842 E. Kings Canyon Rd., Suite #103, Fresno CA, 93727

**Historia Clínica del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Significativa de Salud Pasada**

¿Alguna vez ha estado hospitalizado?  
 a) No  
 b) Sí: (Año : \_\_\_\_\_) Razón: ( \_\_\_\_\_ )

¿Ha tenido alguna cirugía?  
 a) No  
 b) Sí: (Año : \_\_\_\_\_) (Razón : \_\_\_\_\_)

¿Tiene algún problema de salud significativo?  
 a) No  
 b) Sí: ( \_\_\_\_\_ )

**Significativa Historial Médico**

¿Ha visto a otro medicó para esta condición?  
 a) No  
 b) Sí: ( \_\_\_\_\_ )

¿Le recomendó algún tratamiento este médico?  
 a) No  
 b) Sí: ( \_\_\_\_\_ )

¿Esta tomando algún medicamento?  
 a) No  
 b) Sí: ( \_\_\_\_\_ )

**Importante Historia Social del Pasado**

¿Juega algún deporte o ejercicio?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Cuántas horas duerme en la noche? (\_\_\_\_\_)

¿Cuántas horas trabaja usted por la semana?

(\_\_\_\_\_)

### **Historial Médico Familia Significativa**

¿Su padre ha tenido problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Su madre tiene problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Sus hermanos han tenido problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Sus hermanas han tenido problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Su abuelo tiene/tuvo problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Su abuela tiene/tuvo problemas de salud?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

### **Factores de Riesgo Para la Salud**

¿Usted toma alcohol?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Usted Fuma?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

¿Cualquier otra cosa que el médico debería conocer?

a) No

b) Sí: (\_\_\_\_\_)

