



First State Physicians

Physical Medicine & Rehabilitation Center

**Kevin J. McDermott, D.C.**

---

## **Historial médico**

Describe los motivos de su visita al médico hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estás aquí por un accidente? \_\_\_\_\_ Que tipo? \_\_\_\_\_

Cuándo comenzaron tus síntomas? \_\_\_\_\_ Cómo comenzaron tus síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con qué frecuencia experimenta síntomas? (Un círculo)                      Constantemente      Frecuentemente

De vez en cuando                      Intermitentemente

Describe tus síntomas (encierra en un círculo todas las opciones)    agudo                      Dolor sordo      Entumecimiento

Ardiente                      Estremecimiento                      Disparo

Son sus síntomas (Un círculo)                      Mejorando                      Permanecer igual                      Empeorando

Cómo interfieren sus síntomas con su trabajo o actividades normales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Has experimentado estos síntomas en el pasado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Historia del tratamiento**

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Podemos actualizarlos en su condición? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Has visto un quiropráctico antes? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No    Quién te refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

Has visto a otro médico por estos síntomas? En caso afirmativo, indique el nombre y el tipo de proveedor médico:

\_\_\_\_\_