



D. Abeckjerr, D.C., P.A.
 177 N.E. 167th Street, North Miami Beach, FL 33162
 Phone:(305) 651-8100 Fax: (305) 651-2241
 Web site: www.cloverleafchiropractic.com

TARJETA DE INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA

PARA AHORRAR TIEMPO Y PERMITIRNOS SERVIRLO MEJOR, POR FAVOR COMPLETE LAS PREGUNTAS

1. Nombre Apellido		2. # de teléfono (Casa)	# de teléfono (Trabajo)	# de teléfono (Celular)
3. Dirección Completa (Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal)			Idioma Natal	Dirección de E-Mail
6. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	7. En Caso de emergencia comunicarse con: (Nombre, # de teléfono, Relación)		Hombre Mujer	Fecha de Nacimiento
8. Ocupación		Describa cada queja por orden de severidad:		
9. Nombre del Empleador, Dirección y Teléfono		1.		
10. ¿Cómo comenzó el dolor?		2.		
¿Cuándo empezó el dolor?		3.		
		4.		
		5.		
		6.		
		7.		
		8.		
Descripción del dolor y área afectada:				
<input type="checkbox"/> Continuo _____ <input type="checkbox"/> Agudo _____ <input type="checkbox"/> Sordo _____ <input type="checkbox"/> Intermitente _____ <input type="checkbox"/> Ardiente _____ <input type="checkbox"/> Irradia _____ <input type="checkbox"/> Latente _____ <input type="checkbox"/> Entumecido _____ <input type="checkbox"/> Pincha _____ <input type="checkbox"/> Posiciones que agravan el dolor _____				
Opinión de sus síntomas: <input type="checkbox"/> Mejorando <input type="checkbox"/> Empeorando <input type="checkbox"/> Igual				
11. Recomendado por		12. ¿Tuvo usted tratamiento Quiropráctico antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Donde?		13. Numero de Seguro Social
14. ¿Tiene usted Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # de Medicare		15. ¿Tiene usted Medicaid, (ADC), etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # de Medicaid		16. ¿Tiene usted algún tipo de seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la Compañía:
17. Por favor indique si usted esta aquí para tratamiento, por: <input type="checkbox"/> un accidente en el trabajo <input type="checkbox"/> un accidente de carro <input type="checkbox"/> una herida en la casa				
Fecha del accidente	Nombre de la compañía de seguro	Nombre de su abogado	Dirección & teléfono de su abogado	
18. ¿Alguna vez ha tenido una caída, accidente de carro o alguna herida? <input type="checkbox"/> Sí. Describa por favor. <input type="checkbox"/> No.	MES, AÑO	TIPO DE ACCIDENTE	DESCIPCION DEL ACCIDENTE	
19. ¿ Ha tenido algún tipo de cirugía? <input type="checkbox"/> Sí. Describa por favor <input type="checkbox"/> No.	MES, AÑO	TIPO DE SIRUGIA	COMENTARIOS	
20. ¿Esta tomando alguna medicina ahora? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	TIEMPO TOMANDO ESTA MEDICINA	
21. Para Mujeres Solamente		1. Ultima Fecha de su Menstruación: _____ 2. Se ha hecho un examen de embarazo últimamente? <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí. Resultado: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

(Por favor mire la parte de atrás)

22. Indique los síntomas que tiene:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Desfallecimiento | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Nudosidad |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza agudos | <input type="checkbox"/> Pedida de balance | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Zumbido en el oído | <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Problemas con los riñones |
| <input type="checkbox"/> Perdida del olfato | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Las luces le molestan los ojos | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla | <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Nervios y nerviosidad | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Espasmo en los músculos del cuello | <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Perdida del gusto | <input type="checkbox"/> Dolor rechinante en el cuello | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Garganta apretada | <input type="checkbox"/> Tensión en los músculos del hombro | <input type="checkbox"/> Sudores Fríos | <input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Garganta inflamada | <input type="checkbox"/> Dolor en los brazos y hombros | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula | <input type="checkbox"/> Nervios pinchados en la espalda |
| <input type="checkbox"/> Condiciones tiroideas | <input type="checkbox"/> Pinchadas en los brazos y manos | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Pinchados en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Torcedura de la cara | <input type="checkbox"/> Manos frías | <input type="checkbox"/> Gases Intestinales | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de la cintura | <input type="checkbox"/> Pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Respiración cortada | | <input type="checkbox"/> Dolores en las piernas y pies |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor en la mitad de la espalda | | |

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Doctor's Use Only

Comments:

	SPINAL ANALYSIS	PALPATION ANALYSIS	
		LT	RT

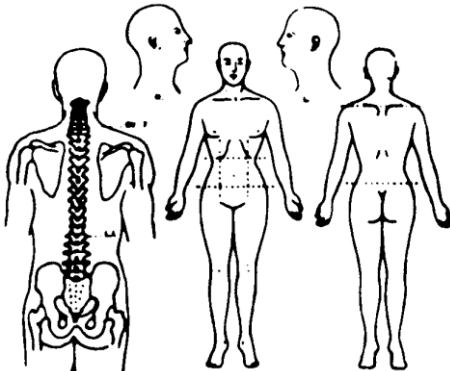
At			
Ax			
3C			
4			
5			
6			
7			
1D			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
1L			

Work Restriction: Yes No
 No work from _____ to _____

Cervical Support Yes No
 Lumbar Support Yes No
 Pregnant Yes No

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kemp Test _____ | <input type="checkbox"/> Cerv. Flexion ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Flexion ____ |
| <input type="checkbox"/> Hibbs test _____ | <input type="checkbox"/> Cerv extension ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Extension ____ |
| <input type="checkbox"/> Bragard test _____ | <input type="checkbox"/> Cerv lat flexion (l) ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Lat. flexion (l) ____ |
| <input type="checkbox"/> Lasegue test _____ | <input type="checkbox"/> Cerv, Lat flexion (r) ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Lat. flexion (r) ____ |
| <input type="checkbox"/> Low extended extr ____ | <input type="checkbox"/> Cerv. Rotation (l) ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Rotation (l) ____ |
| <input type="checkbox"/> Fabere Patrick _____ | <input type="checkbox"/> Cerv. Rotaton (r) ____ | <input type="checkbox"/> Dt. Rotation (r) ____ |
| <input type="checkbox"/> Valsalva test _____ | <input type="checkbox"/> For amina compression ____ | |
| <input type="checkbox"/> Rhomberg test _____ | <input type="checkbox"/> Shoulder depressor _____ | |

Muscle Testing



Circle area of complaint

Upper extremities- Rt 012345 Lt 012345
 Lower extremities- Rt 012345 Lt 012345

George / Klein test = rt _____ lt _____
 Symptoms – headache _____ vomiting _____
 Nausea _____ dilated pupils _____
 Dizziness _____ nystamus _____

2			
3			
4			
5			
SAC			
R ILI			
L ILI			
Coc			

CER _____
F S _____
PELVIC _____
C.S. _____ **L.S.** _____

Deerefield Leg Check

Supine R _____ L _____
Prone R _____ L _____