

Bem Vindo ao Centro de Quiropraxia Berklich

Obrigado por nos fornecer as seguintes informações gerais para que possamos atendê-lo melhor

Data: _____ A quem podemos agradecer por nos referir a você: _____

Dados Demográficos de Pacientes

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: M/ F

Como você prefere ser chamado? _____ SSN: _____

Estado Civil: Casado Solteiro Outro

Situação de emprego: Empregado Estudante Integral Estudante Meio Período Aposentado

Idioma Primário: _____ Religião: _____

Orientação Sexual: _____ Identidade de Gênero: _____

Etnia: _____ Raça: _____

Nome de Solteira da Mãe: _____

Tipo de Diretiva Antecipada: Sem Diretiva Antecipada Testamento em Vida Procuração Durável Não Ressuscitar

Informações do Provedor

Médico Provedor: _____ Telefone: _____

Primary Care Provider: _____ Telefone: _____

Informações de Contato do Paciente

Endereço: _____

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

E-mail: _____ Preferência de Comunicação: _____

Informação de Emprego

Nome do Empregador: _____ Telefone do Empregador: _____

Endereço: _____

Cidade Estado Código Postal

Informações para Contato de Emergência

Nome de Contato: _____ Relação com o paciente: _____

Endereço: _____

Cidade Estado Código Postal

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Parente Mais Próximo

Nome de Contato: _____ Relação com o Paciente: _____

Telefone de Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Informações de Seguro

Nome do Seguro Principal: _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Relação com o Paciente: _____

ID de membro / assinante: _____ Grupo #: _____

Nome do Seguro Secundário (*se aplicável*): _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Relação com o Paciente: _____

ID de membro / assinante: _____ Grupo #: _____

Benefícios de Seguro Atribuídos ao Provedor

Autorizo a cessão dos meus direitos e benefícios de seguro diretamente ao provedor de serviços prestados, Berklich Chiropractic Center.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura: _____ Relação com o Paciente: _____

(Pai / Mãe / Tutor Legal / Pessoa com Custódia Legal)

Nome do Paciente: _____

Data: _____

1. Quando seus sintomas começaram? _____

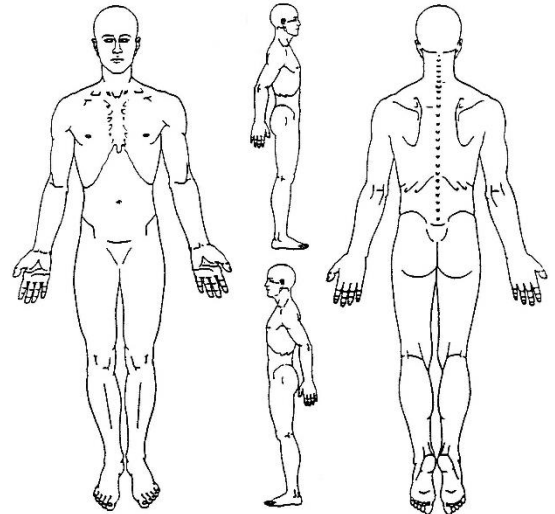
2. Descreva seus sintomas e como começaram: _____

3. Seus sintomas são resultados de uma, queda, acidente de carro/moto, ou acidente de trabalho? Sim Não

4. Com que frequência você sente seus sintomas?

- a) Constantemente (75-100% do dia)
- b) Frequentemente (51-75% do dia)
- c) Ocasionalmente (26-50% do dia)
- d) Intermitentemente (0-25% do dia)

Por favor, indique onde você tem dor ou outros sintomas.



5. Descreva a natureza dos seus sintomas:

- a) Queimando
- b) Dor maçante
- c) Dormente
- d) Afiado
- e) Tiro/Pontadas
- f) Formigamento

6. Como os seus sintomas estão mudando?

- a) Melhorando
- b) Não está mudando
- c) Piorando

7. Durante as últimas 4 semanas incluindo tanto trabalho fora de casa quanto doméstico:

a) Indique a intensidade média de seus sintomas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) Como seus sintomas afetam sua capacidade de realizar atividades diárias?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nenhuma Reclamação Leve, esquecido com atividades Moderado, interfere com atividades Limitando, impede a atividade por completa Intenso, preocupado em buscar alívio Severo, não é possível realizar atividades

8. Quais atividades pioram seus sintomas? _____

9. Quais atividades melhoram seus sintomas? _____

10. Você já teve sintomas semelhantes no passado? Sim Não

11. Quais exames você fez para analisar seus sintomas?

Raio X, data: _____ Ressonância Magnética, data: _____ Tomografia, data: _____ Outro, data: _____

12. Quem você viu para tratar os seus sintomas?

Ninguém Outro Quiroprata Outro Médico Fisioterapeuta Outro, qual: _____

13. Nos últimos 90 dias, você teve (marque Sim ou Não):

- a) Qualquer perda de apetite Sim Não
- b) Tontura, leveza ou desmaio: Sim Não
- c) Febres, Calafrios ou Suores Noturnos: Sim Não
- d) Fadiga em geral: Sim Não
- e) Ganho / perda de peso de 10 libras ou mais Sim Não

Centro de Quiropraxia Berklich

Questionário de Saúde do Paciente

Se você já teve um sintoma listado abaixo no passado, verifique-o na coluna anterior. Se você está atualmente preocupado com um sintoma específico, verifique esse sintoma na coluna presente. Esta é uma história de vários sistemas do seu corpo e o conhecimento dessas condições pode influenciar o tipo de tratamento, terapia ou encaminhamento que você pode receber.

Passado	Presente	Condição	Passado	Presente	Condição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azia / Indigestão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressão Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurisma da Aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólon Irritável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na Mandíbula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecções da bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda do Controle da Bexiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbio do Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor Lombar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na mama/Caroço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Meio das Costas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, Explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incoordenação Muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no Peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no pescoço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosse Crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Tornozelo ou Pé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na Parte Inferior da Perna ou Joelho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipação / hábitos intestinais irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na parte superior do braço ou cotovelo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor na parte superior da perna ou quadril
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor ao Urinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TPM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatite/Eczema/Erupção Cutânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluxo Menstrual Profuso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldade em Engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batimento Cardíaco Rápido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema (Distúrbio Pulmonar Crônico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrite Reumatóide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Ombro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sede Excessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVC, Data: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço/Rigidez das Articulações
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micção Frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido (Ruídos nos Ouvidos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fadiga Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor, Explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nas mãos (<input type="checkbox"/> Direita, <input type="checkbox"/> Esquerda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor de Cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbios Visuais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco, Data: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no Pulso

História da Família: Se algum de seus parentes imediatos tem/tiveram o seguinte, marque apropriadamente.

	Mãe	Pai	Irmão (s)	Irmã(s)
Cancer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Cardiovascular:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Crônicos de Coluna:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descolamento de Retina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite Reumatóide / Lúpus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você já fez cirurgia ou foi hospitalizado? Não Sim, Descreva: _____

Quais medicamentos você está tomando atualmente? _____

História de Tabagismo: Ex Fumante Nunca Fumou Fumante, Frequência: _____

Você bebe álcool? Não Sim, Frequência: _____

Você tem ou teve dependência de álcool, drogas ou qualquer outro tipo de vício? Sim Não

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____