Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

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

Teléfono: (Home) \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell) \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_ / /

Altura: Peso: Edad: Pronombre de Género: \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por crear un espacio seguro en nuestra oficina, De què otras maneras se identifica usted y que le gustaría que supiéramos específica y explícitamente? \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_ Militar Activo/Veterano: SI NO – Qué rama/años: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Embarazada? SI NO Número de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres y Edades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? -- \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Relación: \_ \_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Preocupaciones de Salud:  La preocupación principal primera | Nivel de Gravedad  1= Leve  10= Inaguantable | ¿Cuándo comenzó este episodio? | ¿Tuvo esta condición antes? ¿Cuando? | ¿Comenzó el problema con una lesión? | ¿Constante?  ¿Intermitente? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Desde que comenzaron estas quejas / preocupaciones, ¿están?:

\_\_\_\_\_\_ LO MISMO \_\_\_\_\_ MEJORANDO \_\_\_\_\_ EMPEORANDO

¿Qué lo empeora? \_

¿Qué lo hace mejor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué le impiden estas preocupaciones?\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha visto a otros médicos / proveedores de salud para esta condición?

Quiropráctico \_\_\_ Doctor medico Otro Si es así, ¿QUIÉN Y CUÁNDO?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere las CIRUGÍAS (si las hay) y las fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere todos los MEDICAMENTOS que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último accidente automovilístico? \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez has quedado inconsciente? SI NO

¿Fracturado algún hueso? SI NO – Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier otro trauma corporal: \_\_\_\_\_\_

**CIRCULE CUALQUIERA Y TODOS ESTOS PROBLEMAS QUE HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MAREO | ASMA | PROBLEMAS DE RIÑÓN | FATIGA CRONICA |
| DOLORES DE CABEZA | ÚLCERAS | PROBLEMAS DE VEJIGA | LUPUS |
| VÉRTIGO | DOLORES DE PECHO | VEJIGA IRRITABLE | FIBROMIALGIA |
| INFECCIONES DEL OÍDO | ENTUMECIMIENTO DE BRAZO | NERVIO CIÁTICA | ADD / ADHD |
| ALERGIAS | DOLORES DE BRAZO | ENTUMECIMIENTO DE PIERNA | ERGE |
| ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR | ENTUMECIMIENTO DE MANO | ENTUMECIMIENTO DE PIE | ANSIEDAD |
| DOLOR DE CUELLO | DOLORES DE HOMBRO | DOLOR DE ESPALDA BAJA | NERVIOSISMO |
| MIGRAÑAS | TRASTORNOS DE CORAZÓN | DOLOR DE CADERA | EPILEPSIA |
| RIGIDEZ EN EL CUELLO | DOLOR DE ESPALDA MEDIO | DOLORES DE PIERNA | PROBLEMAS DE DISCO |
| SENO CRÓNICO | TRASTORNOS ESTOMACALES | DOLOR DE RODILLA | ESTERILIDAD |
| PROBLEMAS DE GARGANTA | NAUSEA o REFLUJO | ENFERMEDAD DEL HÍGADO | OTRO |
| PROBLEMAS DE TIROIDES | HIPERTENSIÓN | CUESTIONES MENSTRUALES |  |

**CIRCULE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE ACTUALMENTE O EN EL PASADO:**

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR - CÁNCER - ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - CIRUGÍA ESPINAL -CONVULSIONES - FRACTURA ESPINAL - ESCOLIOSIS - DIABETES

¿Está interesado en anotar su bienestar emocional mientras está bajo cuidado en The Source Chiropractic? SI NO

¿Cuáles son sus expectativas con el cuidado en The Source Chiropractic? \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPRIMIR NOMBRE FIRMA FECHA**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SALUD EMOCIONAL Y BIENESTAR**

A continuación se presentan algunas declaraciones sobre sentimientos y pensamientos. Encierre en un círculo el número que mejor describa sus experiencias durante las últimas 2 semanas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIONES** | **NADA DEL TIEMPO** | **RARAMENTE** | **ALGO DE TIEMPO** | **A MENUDO** | **TODO EL TIEMPO** |
| Me he sentido optimista sobre el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido útil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido relajado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido interesado en otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| He tenido energía de sobra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| He estado lidiando bien con los problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| He estado pensando con claridad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he estado sintiendo bien conmigo mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido cerca de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido seguro/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| He podido decidirme sobre las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he sentido amado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| He estado interesado en cosas nuevas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me he estado sintiendo alegre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Warwick-Endinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)

NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved.

Please read each item and circle the number which comes closest to how you have been feeling in the past 2 weeks. Don’t take too long over your replies, your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long though

