

# Registração & História



Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Celular# : \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Soc.Sec. #: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (ano) Idade: \_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estado Civil (círcule): Solteiro(a) / Casado(a) Divorciado(a) / Viúvo(a)

Ocupação: \_\_\_\_\_ Companhia: \_\_\_\_\_

A quem podemos agradecer por lhe ter referido ao nosso consultório? \_\_\_\_\_

Tem Seguro?  Não  Sim Nome do seguro: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa responsável pelo seguro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da pessoa responsável: \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ (ano)

## História Médica:

**Tratamento Quiroprático Anterior?:**  Não  Sim Nome do Doutor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Data da última visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Doutor De Medicina:**  Não  Sim Nome do Doutor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Data da última visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Toma algum Medicamento?**  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**Já teve alguma cirurgia?**  Não  Sim Se sim, data da última cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razão Pela Cirurgia: \_\_\_\_\_

**Acidentes Anteriores:**  Automóvel ;  Trabalho ;  Desportivo ;  Nenhum ;  Outro: \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_ Explica: \_\_\_\_\_

## Problemas de Saúde / Condições:

Artrites  Câncer  Problemas Cardíacos  Marca-Passo  Nenhum

Asma  Diabetes  Pressão Alta  Escolioses

Outro: \_\_\_\_\_

**História De Doenças na Família:** \_\_\_\_\_

## História Social:

Bebe Álcool?  Não  Sim | Fuma Cigarros?  Não  Sim | Bebe Café?  Não  Sim | Exercício:  Não  Sim

Copos Por Semana? \_\_\_\_\_ | Pacotes Por Dia? \_\_\_\_\_ | Copos Por Semana? \_\_\_\_\_ | Horas Por Semana: \_\_\_\_\_  
(círcule um) :  
leve / moderado / extenuante

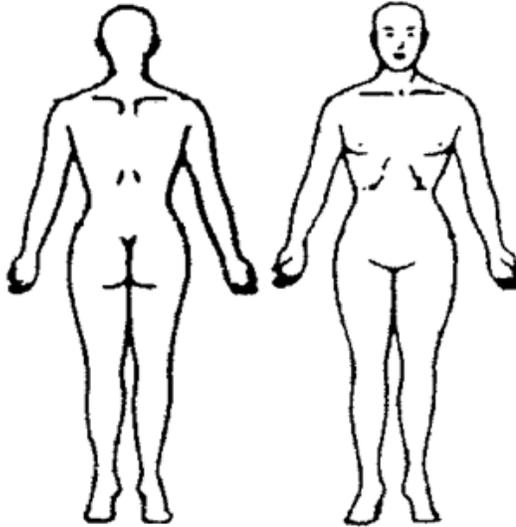
Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# Condição Do Paciente



Marque um "X" sobre a área(s) de sintomas, e desenhar um "W" se a dor espalha.



Razão pela visita: \_\_\_\_\_

Escala da dor: 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 (Máxima)

Frequência (% do dia):

< 10% Raro;  Infrequente 10 % to 25% ;  Ocasional 25% to 50% ;  Frequente 50% to 75% ;  Constante >75%

Quando Começou a sentir os primeiros sintomas?: \_\_\_\_\_

O que faz sentir melhor?  Medicina  Deitar  De Pe  Sentar  Esticar  Movimentos  Nada

Outro: \_\_\_\_\_

O que faz sentir pior?  Movimentos  Flexionar  Torcer  Estar De Pé  Andar  Sentar  
 Empurrar / Puxar  Levantar  Ler  Trabalhar  Conduzir  Nada

Outro: \_\_\_\_\_

A dor afecta:

\_\_\_ Ombro \_\_\_ Braço \_\_\_ Mão  Esquerda  Direita  
\_\_\_ Anca \_\_\_ Joelho \_\_\_ Pé  Esquerda  Direita

Qualidade:  Aguda  Dolorosa  Dormência  Latejar  Formigamento

Outro: \_\_\_\_\_

Quando é que a dor está pior?  de Manhã  à Tarde  à Noite  durante a Noite ;  
Depois de Actividades  Leves  Moderadas

Sintomas são relacionados com:

Tonturas  Náuseas  Problemas da vista  Ouvidos zumbidas  
 Luzes brilhantes  Sensibilidade  Perda de equilíbrio,

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_