

History and Physical Examination

Nombre (y apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono Casero: _____ Teléfono Del Trabajo: _____ Celular: _____

Social Security No: _____ Sexo: Male Female I D Verified: () TDL () TID () Other: _____

Section I: Compruebe todos los artículos que se apliquen, Más Allá de o Presente Historia De la Salud

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estas agarando Meidicamiento, Dental, Mental, Ayuda , tratamiento o terapia • Asma • Tos crónica • Enfermedad De la Pulmón • Tuberculosis • Enfermedad cardíaca • Dolor de pecho • Alta presion • Enfermedad Vascular • Hinchasamieno de brazos y piernas • Venas De Varicose • Alergias • Diabetes • Enfermedad De Tiroides • Hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Del Riñón • Úlceras Gastrointestinales • Estómago nervioso
El vomitar, náusea • Enfermedad Muscular • Fiebre Reumática • Hepatitis • Cáncer • Artritis • Enfermedad Sexual Transmitida • Meses faltados de arreglo • Cabeza o lesión de la espina dorsal | <ul style="list-style-type: none"> • Asimientos,Convulsiones, • Inhabilidad de la enfermedad • Nerviocidad • Abuso de la droga/alcohol • Desorden Psiquiátrico • Desorden de Nervios • ¿Usted toma la medicación? • ¿Le han rechazado un trabajo o se han forzado dar para arriba un trabajo debido a razones de la salud? • Cirugías |
|--|---|--|

- Assistive / Dispositivos Correctivos**
- Lentes ópticas
 - Lentes de contacto
 - Prótesis de oído
 - Dentaduras • Retainer
 - Reemplazos comunes
 - Limbs/prosthesis artificial
 - Brasilete de Apoyos soportantes
 - Vendajes / abrigos
 - Apoyo del cuello
 - Apoyo de la espina dorsal
 - Correa espinazo o espalda

Comentarios: _____

Section II MEDICAL PROFESSIONAL USE ONLY (Check if normal; Circled if abnormal) N/A = Deferred

General Appearance: Neat Poor Hygiene Behavior: Alert Orientated Non-aggressive Aggressive Confused Dis-orientated

Height	Weight	Blood pressure /
Heart Rate	Temperature	Respirations
Vision Rt.20/ Lt.20/	Pupils Equal Unequal	Hearing Rt. Lt.
Eyes	Ears	Nose
Mouth/Throat	Heart	Pulses
Lungs	Abdomen	Hernia umbilical, inguinal, femoral
Upper Extremity ROM	Lower Extremity ROM	Skin
Neck ROM	Back ROM	DTR's Pupil, Biceps, Triceps, Brach, Patellar, Achilles, Babinski

- No medical restrictions are indicated: • Accommodations recommended: • Recommended medical restrictions / limitations:
- Unable to perform essential functions or "significant risk" possible: • Recommend further evaluation / treatment:

Remarks/Comments: _____

Physician Signature _____

Joseph H. Lomas III, DC
10102 North Lamar Blvd
Austin, TX 78753
(512) 835-1955

Date: _____