

1 uno

BIENVENIDO

DATOS PERSONALES

Fecha: ___ / ___ / ___ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otros #'s: _____

¿Quién le recomendó esta Oficina? _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Conyuge: _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consecuencia de:

Trabajo Deporte Accidente de auto Trauma Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describa el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuándo Ocurrió? ___ / ___ / ___

¿Su malestar ha empeorado? Sí No Es Constante Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta concidión o algo similar en el pasado? Sí No

Explique: _____

¿Un médico lo ha tratado por esta condición? Sí No

¿Que médico? _____

Donde: _____

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente? Sí No

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

3 tres

CONTINUA AL DORSO

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____
 Parentesco: _____
 Teléfono de la Casa: _____ Y del trabajo: _____
 Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MEDICA

- Que Medicamentos está Tomando:** Píldoras para los nervios
 Analgésicos (Incluyendo aspirina) Relajantes de músculos Estimulantes
 Anti-Coagulantes Tranquilizantes Insulina Otros _____
- ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón/Marca Paso | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV+ | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster o Culebrilla | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cuello | <input type="checkbox"/> Enfisema/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, frecuente/severo | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Úlceras/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Desmayos/Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Huesos o coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis |

Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido: _____

Enumere sus alergias: _____

Enumere previas operaciones/tratamientos y fechas: _____

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso: _____

Historia Médica Familiar: _____

¿Usted fuma? No Sí ¿Cuanto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Usa calzado ortopédico? _____

¿Cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Es cómodo? Sí No

PARA MUJERES: ¿Toma la pildora anticonceptiva? Sí No

¿Está embarazada? No Sí/¿Cuántos meses? _____ ¿Está Lactando? Sí No

5 cinco

6 seis

SU CUENTA

Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

#SS: _____

#de Licencia: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Como Desea Pagar: Efectivo Cheque

Tarjeta de Crédito (si es aceptada) _____ / _____

FIRMA Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto se ofrece en ésta oficina).

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al término de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos por agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

