

Todd B. Andrews, D.C.

Placentia, CA 92870

(714) 572-8777

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Case Id# \_\_\_\_\_

Licencia de Conductor # \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Día de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre Mujer Estudiante? No Tiempo Parcial Jornada Completa

Soltero Casado Divorciado Viuda Esposo(a) \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños?  
\_\_\_\_\_

Mr. Ms. Mrs. Miss Dr.

Desempleado Jornada Completa Tiempo Parcial Pensionado Desabilitado Independiente

Patrón \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PATRÓN**

Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL CASO**

¿Cómo fue usted referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Doctor de la familia \_\_\_\_\_

Propósito de esta cita \_\_\_\_\_

Fecha que aparecieron los síntomas o que sucedió el accidente \_\_\_\_\_

¿La condición que estamos tratando se relaciona con el empleo actual o anterior? Sí No

¿La condición que estamos tratando se relaciona con un accidente del automóvil? Sí No

¿La condición que estamos tratando se relaciona con otro tipo de accidente? Sí No

¿Usted ha tenido siempre la misma condición o condición similar? Sí No

Si sí, cuando y describa:

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado desabilitado? Sí No

¿Cuántos días usted perdió en el trabajo? \_\_\_\_\_ MUJERES APENAS:

Fecha de su última examinación física \_\_\_\_\_ ¿Está usted embarazada? Sí No

¿Qué cirugías usted ha tenido? (incluya las fechas)

\_\_\_\_\_

Enfermedades serias: Cancer Diabetes Tensión arterial alta Enfermedad cardíaca SIDA/HIV  
Osteoporosis

Marcapasos Arthritis Rhematoid Tuberculosis Otra

\_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha tratado en el año pasado por cualquier condición de la salud? Sí No

Si sí, describa:

\_\_\_\_\_

¿Qué medicaciones o drogas usted está tomando?

\_\_\_\_\_

Altura: Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Pasatiempo

---

## **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD:**

Yo, siendo el padre o el guardián del paciente antedicho, consiento por este medio, autorizo y solicito Mark C. Campbell, D.C., y quienquiera él pueda señalar como su ayudante, a administrar tal tratamiento juzgado recomendable, necesario o solicitado para este menor de edad.

Fecha Signatura del guardián autorizando el tratamiento

## **AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN:**

Autorizo el pago de las ventajas de seguro directamente al quiropráctico o a la oficina quiropráctica. Autorizo el doctor a liberar

toda la información necesaria para comunicarse con médicos y otras organizaciones de tratamiento médico y pagadores, y para asegurar el pago de ventajas. Entiendo

que soy responsable por todos los costes del tratamiento quiropráctico, sin importar la cobertura de seguro. También entiendo que si suspendo o termino mi plan de

tratamiento determinado por mi doctor, cualquier honorario por los servicios profesionales será inmediatamente debido y pagable. Entiendo que el interés será cobrado

en cuentas atrasadas, en el índice anual de 18%.

El paciente entiende y acuerda permitir a esta oficina quiropráctica utilizar su información de salud con el fin de tratamiento, pago, operaciones de

tratamiento médico, y coordinación de tratamiento. Quisiéramos que usted supiera cómo su información de salud va a ser utilizada en esta oficina y sus

derechos referentes a esos archivos. Si usted quisiera tener una cuenta más detallada de nuestras políticas y procedimientos referentes a la privacidad de su

información de salud le animamos a que lea el AVISO HIPPA (HIPPA NOTICE) que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este

consentimiento. Si hay cualquier persona que usted no desea recibir sus archivos médicos, por favor informe a nuestra oficina.

---

Fecha Firma del Paciente