

Garcia Spine Center

Dr. Herbert Garcia

E-mail: office@garciaspinecenter.com

Greenville Location
151 Commons Way
Greenville, SC, 29611
Línea en Español: (864) 644-8040
Fax: (864) 859-2819

Easley Location
1304 East Main Street suit A
Easley, SC, 29640
Phone: (864) 859-5026
Fax: (864) 859-2819

Información del paciente:

Gracias por haber elegido el consultorio del Dr. Garcia para sus necesidades quiroprácticas. Tendremos mucho gusto en atenderle, por favor empecemos llenando este formulario. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en pedir ayuda.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Quien lo refirió a nosotros? _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Parte Responsable:

*Información del Seguro: _____

Persona responsable de esta cuenta: _____ Teléfono: (____) _____

Parentes con el paciente: _____ Dirección Completa: _____

Síntomas:

Motivo de la visita: _____

Cuando noto los síntomas por primera vez?: _____

La condición fue causada por un accidente, caída, o cual otra razón?: _____

Donde específicamente está ubicado el problema?: _____

Que actividades son difíciles de realizar?: _____

Clasifique la gravedad de su dolor (1 siendo leve y 10 siendo severo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es constante el dolor, o se le pasa y luego regresa?: _____

A recibido tratamiento o tomado algún medicamento para esta condición?: _____

Historial Medico:

Por favor indique condiciones medicas que allá tenido en el pasado: _____

*Firma de Paciente o Tutor: _____

*Fecha: _____

***MUJERES: si esta o tiene razón para pensar que está embarazada por favor notifiquenos. ***
