

Bienvenidos a

1 Información del Paciente

Fecha: ___ / ___ / ___ File #: _____

Nombre: _____

Nombre Preferido: _____ M F

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

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. en Casa: _____

Tel. de Trabajo: _____

Celular: _____

Correo Electronico: _____

Referido de quien?: _____

Empleo: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Ocupación: _____

Estado Civil: Menor Soltero/a

Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre de Esposo/a: _____

Tiene familia o amigos que son pacientes en nuestra clínica? Si No Nombre: _____

2 Información de Seguro

SEGURO MEDICO

Co. de Seguro: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel.: _____

ID #: _____

Group # (Plan, Local, or Policy #): _____

Nombre: _____

Relación: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

SEGURO DE AUTO / TRABAJO

Co. de Seguro: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Tel. #: _____

de Reclamo: _____

D.O.L. (Fecha de Accidente): ___ / ___ / ___

Ajustador: _____

Tel. #: _____

Fax #: _____

3 Información de Cuenta

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

SSN#: _____

Tel. #: _____

4 Contacto de Emergencia

A quien debemos a contactar?: _____

Relación: _____

Celular #: _____

Trabajo #: _____

Quien es su doctor medico?: _____

Tel. #: _____

Razon por la cita de hoy: Examen Emergencia Consulta

Cuando empezo el dolor?: _____

Sus dolores/problemas de salud han: Mejorado Empeorado Permanece Igual

Marca una **X** en la foto a la derecha, en donde siente dolor.

Califica la gravedad de su dolor en una scala de 0 (no dolor) to 10 (grave).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

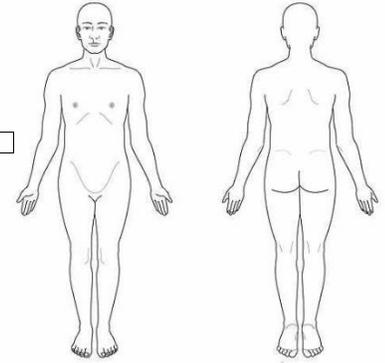
Tipo de dolor: Agudo Leve Punzante Entumecimiento Adolorido/a Insoportable
Quema Calambres Rigidez Hinchazon Otro

¿Con qué frecuencia aparece el dolor?: _____

Es constante el dolor?: _____

Interviene con su: Trabajo Dormir Rutina Recreacion

Actividades que son dolorozas de hacer: Sentado/a Parado/a Caminar Agachar Acostar



Esta tomando medicamentos? _____

Verifique cualquier sintoma que usted ha tenido en el ano pasado:

S / N Ataque de Corazon	S / N Problemas de Mandibulas	S / N Asthma
S / N Marcapasos	S / N Cancer/Tumor	S / N Diabetes
S / N Enfermedad de Corazon	S / N Culebrilla	S / N Anemia
S / N Dolor de Pecho	S / N Hepatitis	S / N Alta/Baja Presion
S / N Problemas de Higado	S / N VIH/SIDA	S / N Problemas de Sangre
S / N Problemas de Riñon	S / N Artritis	S / N Dolor de Espalda
S / N Sinusitis	S / N Huesos Artificiales	S / N Estreñimiento/Diarrea
S / N Problemas de Estomago	S / N Desmayo	S / N Acidez
S / N Problemas psiquiátricos	S / N Dolores de Cabeza	S / N Reacciones Alergicas
S / N Abuso de Drogas/Alcohol	S / N Dolor de Cuello/Nuca	S / N Perdida o Aumento de Peso Inesperado

Tiene otras condiciones?: _____

Para Mujeres: ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Embarazada? Si No No esta segura Cuanto tiempo tiene?: _____

- Los invitamos a discutir con nosotros con preguntas respeto a nuestros servicios. Los mejores servicios de salud quiropráctica se basan en un entendimiento amistoso y mutuo entre el proveedor y el paciente.
- Nuestra poliza requiere el pago completo de todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el Manager de la Oficina. Si la cuenta no se paga dentro de los 90 días de la fecha del servicio, usted será responsable por los honorarios legales, los honorarios de la agencia de cobro, los cargos por intereses y cualquier otro gasto requerido para procesar las reclamaciones del seguro.
- Autorizo al personal a realizar los servicios necesarios durante el diagnóstico y el tratamiento. También autorizo al proveedor a revelar cualquier información requerida para procesar reclamaciones de seguro.
- Entiendo que la información de mi tarjeta de crédito seria guardado de forma segura en el archivo. (Más información se encuentra en la forma de nuestra póliza de Financiera)
- Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario fue completamente correcto a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en la información que he proporcionado.
- Me gustaría recibir una copia de la polizas de la clínica y el formulario HIPAA. _____ (iniciales)

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____