

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

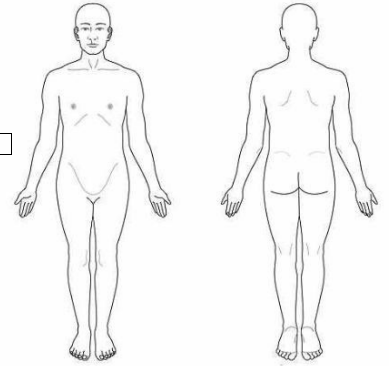
Tipo de dolor: Agudo  Leve  Punzante  Entumecimiento  Adolorido/a  Insoportable   
Quema  Calambres  Rigidez  Hinchazon  Otro

¿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 Hgado	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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_