

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado ____ Zip _____
Tel. de Casa _____ Sexo ____ M ____ F
Fecha de Nacimiento _____
Edad _____ Cuantos hijos tiene ud? _____
Lugar de Empleo _____
Direccion del Trabajo _____
Ciudad _____ Estado ____ Zip _____
Telefono del Trabajo _____
Tipo de Trabajo _____
Estado Civil ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Separado ____ Viudo
Seguro Social _____
Licencia de Manejo _____
Metodo de Pago ____ Efectivo ____ Cheque

RAZON DE ESTA VISITA

Cual es el motivo de su visita? _____
El motivo de esta cita es relacionada a ____ Trabajo ____ Deporte ____ Auto ____ Accidente ____ Molestias Constantes ____ Accidente de Case ____ Otro Explique, por favor _____
Si es relacionado a su trabajo, hizo reporte de accidente a su empleador? _____ Si ____ No
Cuando empezaron sus molestias? _____
Como son sus molestias ____ Son peor? ____ Es constante? ____ Va y viene?
Esta condicion hace interferencia con ____ Trabajo ____ Dormir ____ Rutina de Dia ____ Otras Actividades Explique _____
Esta condicion ha ocurrido antes? _____ Si ____ No Explique _____
Has consultado otros doctores debido a esta molestia? ____ Si ____ No
Nombre(s) de Doctores _____
Tipo de Tratamiento _____
Resultados _____

INFORMACION DE MARIDO O PARIENTE

Nombre _____
Compañia para la cual trabaja _____
Telefono del Trabajo _____
Tipo de Trabajo _____

EXPERENCIA CON QUIROPRACTICA

Quien lo recomendo a esta oficina? _____
Habia consultado antes a un Quiropractico _____ Si ____ No
Razon de esa visita _____
Nombre del Doctor _____
Fecha aproximada de la ultima visita _____
Algun <i>adulto</i> en su familia ha sido atendido por un Quiropractico? ____ Si ____ No
Algun <i>niño</i> en su familia ha sido atendido por un Quiropractico? ____ Si ____ No

CONOCIMIENTO DE PRINCIPALES DE QUIROPRACTICA

Usted sabia que:
• ...Los Doctores de Quiropractica trabajan con el sistema nervioso? _____ Si ____ No
• ...el sistema nervioso controla toda la function y el sistema del cuerpo? _____ Si ____ No
• ...Quiropractica es la profesion curativa mas grande de todo el mundo? _____ Si ____ No
• ...si uno empieza con la Quiropractica desde el nacimiento, se puede realizar un nivel mas alto de salud para toda su vida? _____ Si ____ No

METAS PARA MI SALUD Y TRATAMIENTO

Personas van a el Quiropractico por muchas razones. Algunas van para curar los dolores, otras para corregir la causa del dolor y otras para corregir lo que no esta funcionando bien en su cuerpo. Su Doctor hablara con Ud. acerca de sus necesidades y deseos cuando este recomendando su programa de tratamientos. Por favor, revise el tipo de curacion deseada asi podemos hacer lo mejor posible para realizar sus metas y deseos.

- Curacion de Alivio** - Curacion para aliviar el dolor o sensacion de estar con molestia.
 Curacion de Correccion - Curacion para corregir el problema y aliviar el caso y Tambien la sensacion de estar con molestia.
 Curacion Comprensiva - Aliviar lo que este malfuncionando en el cuerpo y traer la salud al mas alto posible con tratamiento Quiropractico.
 Quiero que el Doctor seleccione el tipo de tratamiento mas apropiado para mi condicion.

Firma del Paciente

Fecha

MEDICINA QUE TOMO REGULARMENTE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pastillas para los nervios | <input type="checkbox"/> Estimulantes |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para quitar el dolor, incluyendo la aspirina | <input type="checkbox"/> Medicina para la presion |
| <input type="checkbox"/> Relajantes de musculos | <input type="checkbox"/> Tranquilizadores |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insulina | _____ |

HABITOS DE SALUD

- | | NO | SI |
|--|-----------------------------|---|
| Usted fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ___paquetes/dia |
| Usted toma bebidas alcoholicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ___bebidas/dia |
| Usted toma café? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ___copas/dia |
| Ud. hace ejercicio regularmente? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diario |
| Ud. Usa: | | |
| <input type="checkbox"/> Plantillas ortopedicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plantillas de soportes(para pie)? |

CONDICIONES DE SALUD

Por favor, marque cada enfermedad o condicion que el pacientes tiene o ha tenido aunque no este relacionado a esta enfermedad of visita, podria afectar el diagnosis, programa de curacion o la posibilidad de aceptacion para tratamiento.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor frecuente de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedades Veneras | <input type="checkbox"/> Ulcera/Colitis | Para mujeres: |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazon | <input type="checkbox"/> SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas congenitas | <input type="checkbox"/> Diabetes | Estas embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Cirugia de corazon./marca paso | <input type="checkbox"/> Infarto | Estas dando pecho a su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Dolor en medio de los hombros | <input type="checkbox"/> Ruido de corazon (murmur) | <input type="checkbox"/> Alergia nerviosa | Toma pastille anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Dolor frecuente de cuello | <input type="checkbox"/> Alta of baja presion de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | Tiene experiencia de carga dolorosos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento o dolor de brazos/piernas/manos | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar | <input type="checkbox"/> Cancer | Tiene ciclos irregulars? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Problemas de digestion | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Tiene implantes de pecho? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Anemia | |
| | <input type="checkbox"/> Alcohol o abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda baja | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiatricos | |
| | | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | |

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Y CURACION

Autorizo el Doctor que use el tratamiento de ajustes de espina dorsal como el o ella lo juzque apropiado. Estoy completamente de acuerdo de que los servicios recibidos seran cargados a mi directamente y que soy responsable por el pago de mi cuenta. Estoy de acuerdo de que soy responsable de todas las cuentas mias incurridas en esta oficina. El Doctor no sera responsable por condiciones antes de mi tratamiento ni por diagnosis de los mismo. Tambien, estoy de acuerdo que si suspendo o termino con mi tratamiento, todos los cargos para servicios profesionales seran pagados por mi o a mi cuenta inmediatamente. Autorizo mi derecho de seguro y beneficios (si es aplicable) directamente al proveedor por los servicios dados.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Guardian of Firma de persona
autorizando tratamiento

Fecha _____

Quien deberia recibir estado de cuenta para pago de su cuenta?

Paciente

Marido

Pariente

Compensacion de Trabajador

Medicare

Medicaid

Asegurancia de auto

Asegurancia Personal de Salud

Radiografias (X-rays)

Comprendo y estoy de acuerdo que los pagos a el Doctor para los X-Rays son solamente para examinacion de los X-Rays. Los negativos seran propiedad de la oficina. Seran archivados en esta oficina donde se podran ver en cualquier momento mientras sea un paciente en esta oficina.

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE:

Nombre _____
Relacion _____
Tel. de Trabajo _____
Tel. de Casa _____
Celular _____

INFORMACION DE MI ASEGURADORA

Comprendo y estoy de acuerdo de que la aseguradora medica y de accidente es un arreglo de poliza mia con la aseguradora. Comprendo que la oficina de le Doctor prepara los reportes necesarios y formas para asistirme en el cobro y coleccion de el seguro y la cuenta autorizada seran pagadas directamente a la oficina de el Doctor y seran acreditadas a la cuenta despues de recibirlas.

Nombre de Aseguradora _____

de Grupo (Plan, Local, Poliza) _____

Direccion _____

Telefono _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA ASEGURADA

Nombre _____ Seguro Social del Asegurado _____

Relacion _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de Empleo _____



Historia Familiar

Porque la “salud” y la “falta de salud” se heredan a travez de las familias, por favor circule las enfermedades familiares.

Espos(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Cabeza • Migrañas • Dolor de Cuello • Dolor de espalda baja • Dolor o adormecimiento en las manos o los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Brazos • Dolor de Piernas • Dolores Menstruales • Escoliosis • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alergias • Asma • Ataques de Corazon • Problemas de Corazon • Otros: _____
Padre	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Cabeza • Migrañas • Dolor de Cuello • Dolor de espalda baja • Dolor o adormecimiento en las manos o los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Brazos • Dolor de Piernas • Dolores Menstruales • Escoliosis • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alergias • Asma • Ataques de Corazon • Problemas de Corazon • Otros: _____
Madre	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Cabeza • Migrañas • Dolor de Cuello • Dolor de espalda baja • Dolor o adormecimiento en las manos o los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Brazos • Dolor de Piernas • Dolores Menstruales • Escoliosis • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alergias • Asma • Ataques de Corazon • Problemas de Corazon • Otros: _____
Hijo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Cabeza • Migrañas • Dolor de Cuello • Dolor de espalda baja • Dolor o adormecimiento en las manos o los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Brazos • Dolor de Piernas • Dolores Menstruales • Escoliosis • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alergias • Asma • Ataques de Corazon • Problemas de Corazon • Otros: _____
Hija	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Cabeza • Migrañas • Dolor de Cuello • Dolor de espalda baja • Dolor o adormecimiento en las manos o los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de Brazos • Dolor de Piernas • Dolores Menstruales • Escoliosis • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alergias • Asma • Ataques de Corazon • Problemas de Corazon • Otros: _____