

Bienvenido

Nos complace darle la bienvenida a nuestra clinica. Por favor tome un tiempo para completar esta forma a su alcance.
No podemos esperar para trabajar con usted y mejorar su salud.

Informacion Del Paciente

Name/Nombre _____
Las Name/Apellido First Name/Primer Nombre Initial/Inicial Soc.Sec.# _____
Address/Direccion _____
City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____ Telefono de casa _____
Cell Phone/Telefono _____ Email/Correo electrónico _____
Sex/Sexo M F Age/ Edad _____ Birthdate/Dia de Nacimiento _____
 Single/Soltera(o) Married/Casada(o) Widowed/ Viuda(o) Divorced/ Divorciada(o)
Patient employed by/ Trabajo _____ Occupation/Ocupación _____
Business Address/Direccion de Negocio _____ Telefono de negocio _____
Business Email/Correo electrónico de negocio _____
Whom may we thank for referring you?/A quien deberiamos agradecerle por referirte? _____
Notify in case of emergency/Abiso de emergencia _____ Telefono de casa _____
Cell Phone/Telefono _____ Business Phone/Telefono de Negocio _____
Email/Correo electronico _____

Aseguranza Principal

Persona responsable por cuenta _____
Relation to patient/Relación de paciente _____ Birthdate/Dia de Nacimiento _____
Address(if different from patient)/Direccion si es diferente al paciente _____ City/Ciudad _____
State/Estado _____ Zip/Codigo Postal _____ Telefono de casa _____
Cell Phone/Telefono _____ Email/Correo electronico _____
Business Address/Direccion de Negocio _____ Telefono de Negocio _____
Business Email/Correo electronico de Negocio _____
Insurance company/Compania de aseguranza _____ Telefono _____
Insurance Email/Correo electronico de aseguranza _____
Contact #/ contacto # _____ Grupo # _____ Subscridor # _____
Name of other dependents under plan/ Nombre de otro dependedor en este plan _____

Razón por su visita

Have you ever seen a chiropractor/Ha visto un chiropractico antes? Sí NO si sí, cuando y donde? _____
Your reason for *this* visit/Su razón por *esta* visita _____
Please describe your pain & location/Describa su dolor y la ubicación _____
When did symptoms begin(date)?/Cuando empezo los síntomas(Fecha) _____ Ha tenido síntomas similares? _____
Is pain getting/se esta poniendo el dolor más? Worse/ Peor Better/Mejor Same/igual Comes & goes/ va y viene
How often do you have this pain/ Que tan seguido tiene el dolor? _____
Have you been treated for this condition? _____ If so, where? Si sí, donde? _____
Activities or movements that are painful/ actividades que son dolorosa por hacer Sitting/Sentándose Walking/Caminando
 Bending/Agachándose lyng down/Acostándose Lifting/Levantando pesado
Type of pain/Tipo de dolor: Sharp/Agudo Throbbing/Dolor Punzante Aching/Doloroso Burning/Ardor Tingling/Hormigueo
 Cramping/Calambre Stiffness/Rigidez Swelling/ Inchanzón Other: _____
Is pain interfering with/ el dolor esta interfiriendo con: Work/Trabajo Sleep/ Dormir Daily Routine/Rutino Diaria

Por Favor complete los dos lados.

Historia de Salud

Please list any mediation and pain killers you are taking/Por favor escriba cualquier medicamento y analgesicos que este tomando: _____

Please list any serious injuries or surgeries you have had in the past 10 years/ Por favor escriba cualquier Cirugía o herida seria que ha tenido en los ultimos 10 años:

	Description/Descripción
Falls/Caídas	_____
Head Injuries/Heridas de Cabeza	_____
Broken Bone/Hueso Roto	_____
Dislocation/Deslocación	_____
Surgeries/Cirugía	_____
Other/ Otra cosa	_____

Women/Mujer: Are you pregnant/Estas emparazada? Sí NO If so, how far along/ si sí, cuantos meses/semanas? _____

Condición Medica

Have you ever had or do you currently have any of the following medical conditions/Usted ha tenido o tiene cualquier de estas condiciones medicas?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Attack or Stroke/Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Arthritis/Artriti | <input type="checkbox"/> Ringing in Ears/Zumbido en el oido |
| <input type="checkbox"/> Congenital heart defect/ Defecto del Corazón | <input type="checkbox"/> Frequent Neck pain/ Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Headaches/Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Alcohol or drug abuse/Abuso de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Jaw pain/Dolor de quijada | <input type="checkbox"/> Diabetes o Tuberculosis/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Fainting, Seizures, Epilepsy/Desmayo o Epilepsia | <input type="checkbox"/> Wrist Pain/Dolor en la Muñeca | <input type="checkbox"/> Dizziness/Mareo |
| <input type="checkbox"/> Emphysema or Glucoma/EFisema o Glaucoma | <input type="checkbox"/> Shoulder Pain/Dolor de Hombros | <input type="checkbox"/> Shingles/Herpes |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Problems/Problemas Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Kidney Problems/Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Arm pain/Dolor de Brazo |
| <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing/Dificultades para Respirar | <input type="checkbox"/> Artificial Bones/Huesos Artificiales | <input type="checkbox"/> Leg pain/Dolor de Pierna |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Earaches/ Dolor de Oido | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS/ VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Ulcer/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Lower back problems/Problemas con la espalda de abajo | <input type="checkbox"/> Numbness/Insensibilidad, Donde? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tingling/Escalofrio, Donde? _____ | <input type="checkbox"/> Muscle Spasms/Espasmo Muscular, Donde? _____ | |

Hábitos Personales

	Heavy/Pesado	Moderate/Moderado	Light/Ligero	None/Nada
Alcohol/Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coffee/Cafe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobacco/Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugs/Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercise/Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sleep/Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetite/Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorización

He revisado la informacion en este cuestionario y es correcto. Yo entiendo que esta informacion sera utilizada por la doctora para que le ayude determinar un tratamiento chiropractico apropiado y sano para mi. Si hay un cambio en mi estado medico yo le are saber a la doctora. Yo autorizo que mi aseguranza pague mi tratamiento y cualquier pago que nosea cubrido lo pagare yo. Yo autorizo con mi firma este trato. Yo autorizo a la doctora que si puede liberar mi informacion para asugarar el pagamiento de mi aseguranza. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no sean cubridos por mi aseguranza.

Signature/Firma _____ Fecha: _____