



## DATOS PERSONALES

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Archivo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Alias \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Otro #'s \_\_\_\_\_

¿Quién le recomendó esta Oficina? \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Desde Cuando \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su Posición \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(A)  Viudo(A)

Nombre de su Conyuge \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

#SS del asegurado(a) \_\_\_\_\_

#Del (grupo, plan, local o póliza) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

\*Por favor, informenos sobre seguro secundario

## LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es pr consecuencia de  Trabajo  Deporte

Accidente de auto  Trauma  Condición Crónica

Por favor, explique \_\_\_\_\_

Describe el dolor y donde lo siente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Su malestar ha empeorado?  Sí  No  Es constante  Va y viene

Este malestar está interfiriendo con  Trabajo  Al dormir  En su rutina diaria

¿Ha sufrido esta concidión o algo similar en el pasado?  Sí  No

Explique \_\_\_\_\_

¿Un médico lo ha tratado por esta condición?  Sí  No

¿Que médico? \_\_\_\_\_

Donde \_\_\_\_\_

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente?  Sí  No

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Que Medicamentos está tomando

- Píldoras para los nervios  Analgésicos  Relajantes de músculos  Estimulantes  
 Anti-coagulantes  Tranquilizantes  Insulina  Otros \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

- Paro Cardíaco/Ataque Cerebral  Diabetes/Tuberculosis  SIDA/HIV+  
 Enfermedad congénita del corazón  Problemas de la espalda  Válvulas artificiales  
 Abuso de drogas/alcohol  Enfermedades Venéreas  Hepatitis  
 Prolapso de la válvula Mitral  Herpes Zoster o Culebrilla  Cáncer  
 Frecuentes dolores de cuello  Enfisema/Glaucoma  Anemia  
 Presión arterial alta o baja  Problemas Siquiátricos  Fiebre Reumática  
 Dolor de cabeza, frecuente/severo  Problemas Renales  Úlceras/Colitis  
 Desmayos/Convulsiones/Epilepsia  Problemas de sinusitis  Asma  
 Cirugía del corazón/Marca Paso  Dificultad para respirar  Quimioterapia  
 Huesos o coyunturas artificiales  Murmullo del corazón  Artritis

Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido

\_\_\_\_\_

Enumere sus alergias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere previas operaciones/tratamientos y fechas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia médica familiar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Usted fumar?  Sí  No ¿Cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

¿Usa calzado ortopédico? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tiene su colchón \_\_\_\_\_ ¿Es cómodo?  Sí  No

**Para Mujeres:** ¿Toma la pildora anticonceptiva  Sí  No

¿Está embarazada?  Sí  No ¿Cuántos meses?  Sí  No

¿Está Lactando?  Sí  No

## EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Y del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## SU CUENTA

**Persona encargada de la cuenta**

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SS \_\_\_\_\_

# de licencia \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Como desea pagar  Efectivo  Cheque

Tarjeta de credito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma) Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto es se ofrece en ésta oficina).

• Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor

• Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al termino de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada

dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos legales o gastos pr agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.

• Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier

información requerida para procesar el seguro

• Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_