

1 uno

BIENVENIDO

DATOS PERSONALES

Fecha: / / Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Otros #s: _____

¿Quién le recomendó esta Oficina? _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad Estado Código Postal

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Conyuge: _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: / /

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consecuencia de:

Trabajo Deporte Accidente de auto Trauma Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describa el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuándo Ocurrió? / /

¿Su malestar ha empeorado? Sí No Es Constante Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta condición 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: _____

3 tres

CONTINUA AL DORSO

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____
Parentesco: _____
Teléfono de la Casa: _____ Y del trabajo: _____
Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MEDICA

Que Medicamentos está Tomando: Píldoras para los nervios
 Analgésicos (Incluyendo aspirina) Relajantes de músculos Estimulantes
 Anti-Coagulantes Tranquilizantes Insulina Otros _____
¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?
 Paro Cardíaco/Ataque Cerebral Cirugía del corazón/Marca Paso Murmullo del corazón
 Enfermedad congénita del corazón Prolapso de la válvula Mitral Válvulas artificiales
 Abuso de drogas/alcohol Enfermedades Venéreas Hepatitis
 SIDA/HIV+ 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
 Diabetes/Tuberculosis Dificultad para respirar Quimioterapia
 Problemas de la espalda Huesos o coyunturas artificiales 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 fuma? No Sí ¿Cuanto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Usa calzado ortopédico? _____

¿Cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Es cómodo? Sí No

PARA MUJERES: ¿Toma la píldora anticonceptiva? Sí No

¿Está embarazada? No Sí/¿Cuántos meses? _____ ¿Está Lactando? Sí No

5 cinco

6 seis

SU CUENTA

Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

#SS: _____

#de Licencia: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Como Desea Pagar: Efectivo Cheque

Tarjeta de Crédito (si es aceptada) _____ / _____

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

FIRMA

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET.

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 1SMCA1 copyright ©2005