



## Información del paciente

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades quiroprácticas. Por favor complete este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en pedir ayuda. Estaremos encantados de ayudar.

( Por favor imprimir )

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre Primero                      M.I                      Apellido

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo:     Femenina     Masculino                      Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_                      Teléfono Celular( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Donde prefiere recibir llamadas?     Casa     Celular     Trabajo     No tengo preferencia

A quién podemos agradecerle por recomendarlo? \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Relación con uno mismo \_\_\_\_\_

Número del contacto de emergencia ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente \_\_\_\_\_

Compañía del seguro \_\_\_\_\_                      Número de identificación de miembro \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible (si corresponde)    \$ \_\_\_\_\_

Copago de especialista (si corresponde)    \$ \_\_\_\_\_

## Síntomas

Razón de la visita:  Accidente de Auto  Lesiones personales  Accidente de Trabajo  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó el síntoma por primera vez? \_\_\_\_\_

¿La condición empeora progresivamente? \_\_\_\_\_ Califique la gravedad del dolor de 1 a 10 \_\_\_\_\_

¿Dónde se ubican específicamente los problemas? \_\_\_\_\_

Actividades difíciles de realizar?  Sentarse  Caminar  Doblarse (Agacharse)

Acostarse  Levantamiento  Ejercicios  Jalar / Empujar  Otro \_\_\_\_\_

El dolor es....:  Constante  Ocasional  Frecuente  Intermedio

Tipo de dolor:  Agudo  Débil  Pulsante  Adormecimiento  Adolorido  Hinchazón

Hormiguelo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de otros médicos que lo hayan tratado por esta condición:

Qué tratamiento ya recibió para esta afección?

Medicamentos  Cirugía  Terapia Física  Otro \_\_\_\_\_

## Historia De Salud

(Mujeres) Estás Embarazada?  Si  No

Amamantamiento?  Si  No

Toma pastillas anticonceptivas?  Si  No

*Verifique las condiciones que sean aplicables.*

Sida/VIH  Artritis  Cancer  Depresion  Diabetes  Hernia  Migrañas

Hernia de Disco  Enfermedades Cardiacas  Alta presión sanguínea  Úlceras

Colesterol Alto  Marcapasos  Cuidado psiquiátrico  Ataque Fulminant

Problemas tiroideos  Amputaciones  Otro (Por favor específica) \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías que haya tenido y las fechas en que ocurrieron: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente y la Condición para la que los está tomando:

Alguna vez ha tenido fracturas o dislocaciones?  Si  No

En caso afirmativo, indique la fecha y la región del cuerpo de la fractura / dislocación:

Tiene implantes o dispositivos protésicos? Si es así, por favor enumere.

Alguna vez ha sido hospitalizado? Si es así, ¿cuándo y por qué motivo?

## **Certificación y Asignación**

**Que yo sepa, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor alguna vez cambiamos de salud.**

**Certifico que yo y / o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_**

**Nombre de la compañía de seguros / abogado**

**y asignar directamente a Stutman Chiropractic P.C. todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagables por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros. El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la (s) Compañía (s) de seguros mencionada anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o UN año después de la fecha firmada a continuación.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Hoy**