

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Favor de marcar el tipo de servicio desiado:

Alivio de dolor solamente Correccion duradera y prevencion

Nombre _____

Tel de casa (_____) _____ celular (_____) _____

Domicilio _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____

Zona postal _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social: _____ Estado civil C S V D

Ocupación _____ Compañía _____

Dirección del Empleo _____

Numero de Teléfono de su Trabajo _____

En caso de emergencia llamar a: Nombre _____ Tel _____

Ha recibido alguna vez cuidado de quiropractico? ____ Si ____ No

Fecha que síntomas aparecieron _____

Circule todos los síntomas que a notado relacionado con este problema o accidente:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Dolor abajo de las Piernas | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Respiracion Corta |
| <input type="checkbox"/> Tension de Cuello | <input type="checkbox"/> Dolor Entre los Hombros | <input type="checkbox"/> Cabeza Pesada | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Dedo(s) entumecidos | <input type="checkbox"/> Cabeza Lijera | <input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Tension de Espalda | <input type="checkbox"/> Dedo(s) del(os) pie(s) entumecidos | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Sonido de Oidos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Inferior | <input type="checkbox"/> Hormiguero de Pie(s) | <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Tension |
| <input type="checkbox"/> Tension de Espalda Inferior | <input type="checkbox"/> Hormiguero de Braso(s) | <input type="checkbox"/> Sudor Frio | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor abajo de los Brasos | <input type="checkbox"/> Arrebato Muscular | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| | | | <input type="checkbox"/> Molestia de Ojos |
| | | | <input type="checkbox"/> Vision Borrosa |

Otro:

Fecha de su último chequeo fisico _____

A tenido sirugias? ____ Si ____ No (incluir fechas de Enfermedades Serias) _____

Dislocación y/o Fracturas (incluir fechas) _____

Actualmente tiene usted alguna condición o enfermedad seria? ____ Si ____ No

Si es asi, Describa _____

Que medicamento o drogas esta tomando? _____

Tiene algun tipo de Alergias? _____

Fuma? ____ Si ____ No

Tiene Seguro Medico? ____ Si ____ No

Si es asi, nombre de compañía de aseguranza primaria: _____

Nombre de aseguranza secundaria, si alguna: _____

Si relacionado con un accidente automovilístico, anote el nombre de la compañía de seguro de su auto: _____

Ha hecho un reclamo con su compañía de seguro de auto? Si hecho, anote el número del reclamo: _____

Nombre de Agencia de su seguro de auto o liquidador y numero de telefono: _____

¿Su seguro de automóvil cubre gastos medicos? ____ Si ____ No

Nombre de abogado: _____

AUTORIZACIÓN Y LANZAMIENTO DE EXPEDIENTES: Entiendo que es politica de la oficina coleccionar cargos mientras que se rinden a menos que otras medidas se tomen por adelantado.

Entiendo que si los cargos para los servicios son cubiertos por el seguro, esta oficina mandará la cuenta a mi compañía de seguro y acordará aguardar pago y aceptara la asignación de pago mientras la póliza este en efecto o hasta que esta oficina elija. Autorizo por este medio el pago de beneficios de seguro ser pagado directamente al quiropractico o a la oficina del quiropractico. **ENTIENDO Y CONVENGO QUE LAS POLIZAS DE SEGURO DE SALUD Y DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL SON UN ARREGLO ENTRE MI PORTADOR DE SEGURO Y DE MI MISMO Y QUE SOY RESPONSABLE DE CUALESQUIERA Y DE TODAS LAS CARGOS RENDIDOS EN MI FAVOR.** Esta oficina preparará cualquier informe necesario o formas para asistirme en la fabricación de colecciones de la compañía de seguros y cualquier cantidad autorizada para ser pagada directamente a esta oficina será acreditada a mi cuenta sobre recibo. Sin embargo, esta oficina no entrara en un conflicto con su compañía de seguros sobre su demanda. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado en esta oficina, cualquier balance sin pagar de servicios rendidos será inmediatamente debido y pagadero.

Permito que esta oficina endorse cualquier remesa co-publicada para el transporte del crédito a mi cuenta.

Si esta cuenta es asignada a colección y/o demanda, los gastos e interés de la colección, y/o los honorarios del abogado, y/o los gastos de la corte es agregada a la cantidad total debida.

Aviso: No todos los pacientes requieren radiografias para determinar o verificar el diagnostico, tipo de tratamiento y longitud del tratamiento; si su examinación requiere análisis radiografico, la siguiente poliza prevalece: El honorario pagado para radiografias es para el análisis solamente. Las radiografias son la propiedad de esta oficina.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____

Firma de Guardian o Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____