



Salud CHIROPRACTIC

443 Rohnert Park Expressway West, Rohnert Park, CA 94928
(707) 206-9717

"We Listen... We Care... We Get Results! Fast!"

Información Confidencial Del Paciente

Fecha: _____ Nombre Completo: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono de Casa: () _____ Celular: () _____
 Proveedor de Celular: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Correo Electrónico: _____

Sistema preferido de contacto: Llamada Texto Email Facebook Correo Postal
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: C S V D # hijo(a)s: _____

Nombre de Esposo(a) o Conjugue: _____

¿A Quien podemos agradecer por recomendarlo(a) a nuestra oficina? _____

Empleador: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de trabajo: () _____ - _____ Ocupación: _____

Para su conveniencia, una verificación de seguro gratuito puede ser proporcionada. Simplemente indíquenos una copia de su tarjeta de seguro, y verificaremos sus beneficios.

¿Alguna vez ha tenido tratamiento quiropráctico? Sí / No
 En caso afirmativo, cuando? _____

Enumere sus quejas principales en orden de gravedad:

- | | |
|----------|----------------------|
| 1. _____ | Cuanto Tiempo? _____ |
| 2. _____ | Cuanto Tiempo? _____ |
| 3. _____ | Cuanto Tiempo? _____ |
| 4. _____ | Cuanto Tiempo? _____ |

Liste otros Quiroprácticos o Médicos que usted ha consultado para sus condiciones:

1. _____
2. _____

Por favor escriba el siguiente: Indique los medicamentos (sin receta médica / recetas) que está tomando actualmente: Aspirina Tylenol Relajantes Musculares Insulina

Cirugías: _____

Fracturas/ Huesos quebrados: _____

Accidentes de auto (cuando y severidad): _____

Lastimaduras/Lesiones en el pasado: _____

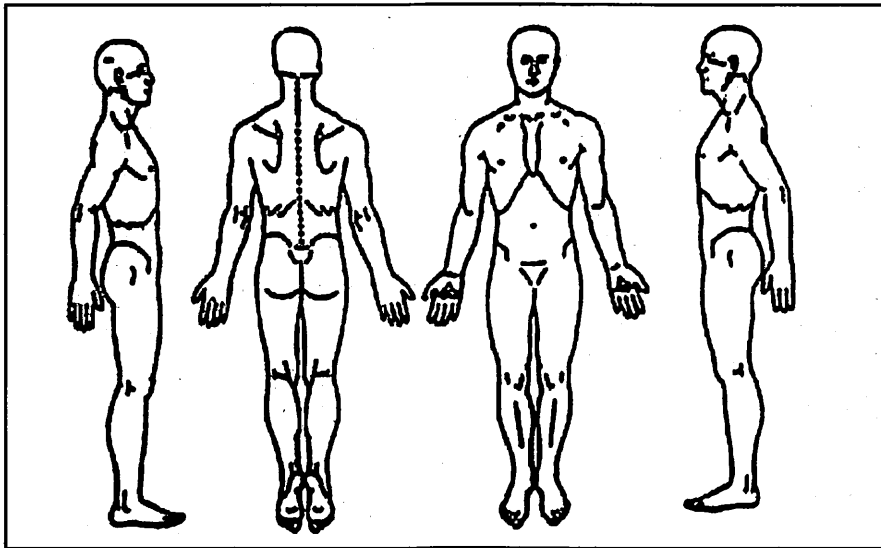
Esta embarazada? () Sí () No () No Se

Marque cualquiera de las siguientes que ha tendio en los últimos seis meses :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Entumido/ Hormigueos |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Nausea/ Vomito |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Calambres abdominales
o cólicos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la visión | <input type="checkbox"/> Esteñimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolores de oídos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Poco o excesivo apetito |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los pulmones (congestión) | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la presión del corazón | <input type="checkbox"/> Orina excesiva o dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Problemas con presión alta o baja | <input type="checkbox"/> Orina colorada |
| <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> Orina decolorada |
| <input type="checkbox"/> Próstata/ Disfunción sexual | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Disfunción menstrual | <input type="checkbox"/> Cáncer |

COMPLETE ESTOS DIAGRAMAS

Donde está experimentado el dolor?



AVISO: no todos los pacientes requieren radiografías para determinar el tipo y la duración del tratamiento. Si examen determina que hay necesidad para tomar rayos X, el siguiente procedimiento en el consultorio seguirá: 1. Se le dará a conocer el precio antes de proporcionar cualquier servicio. Todos los primeros cargos de visita se deben pagar en el día que se prestan los servicios. 2. El precio de los rayos X es sólo para su análisis. La Ley del Estado de California requiere que mantengamos sus radiografías durante 7 años. Las imágenes que se toman en el papel de rayos X es propiedad de esta oficina. Imágenes se pueden prestar a otro centro de salud con su autorización por sólo 30 días.

Nombre del Paciente(escriba su nombre): _____

Firma del Paciente: _____

Si es guardián, indique la relación: _____

Firma del representante de la práctica: _____ Fecha: _____