

HISTORIAL DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

Nombre: _____ Apodo: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono; Casa _____ Trabajo _____ Cel. _____ Correo electrónico _____

Edad ____ Marque: Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Enviudado(a) # de hijos _____

Ocupación _____ Empleador _____ Retirado? Ocupación pasada _____

Ha tenido cuidado quiropráctico anterior? Si o No En caso de que si, cuando _____

Nombre de pareja (por favor provea la información del padre o guardián si el paciente es menor de 18 años)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

Como fue referido a nuestra oficina? _____

Mujeres: Estas embarazada? Si ____ No ____ Tal Vez ____ Fecha de ultima menstruación _____

Haz una lista de tus quejas en orden de severidad:

1. _____ Por cuanto tiempo? _____ Causado por _____
2. _____ Por cuanto tiempo? _____ Causado por _____
3. _____ Por cuanto tiempo? _____ Causado por _____

Algunas de estas condiciones fue causado por:

Accidente de Auto ____ Por favor avise a la recepcionista inmediatamente

Accidente de trabajo ____ Por favor avise a la recepcionista inmediatamente

Cualquier otro accidente ____ Por favor explique _____

Otro doctor consultado por esta condición: _____

Tiene seguro medico? Si ____ No ____ Si tiene su tarjeta, le haremos una copia.

Método de pago que piensa de usar por los cargos de hoy: cheque ____ efectivo ____ Tarjeta de Crédito _____

Atención: No todos los pacientes requieren que se les haga una radiografía para determinar o verificar un diagnostico, tipo o tiempo de cuidado. Si su examinación garantiza analices de radiografía, lo siguiente prevalecerá:

1. Todo cargo de la primera visita se pagaran al tiempo de servicios.
2. El pago de radiografía será para análisis nada más. La foto en si es de esta oficina. Las radiografías podrán ser sacadas para la oficina de otro doctor pero tendrán que ser devueltas en dos semanas.
3. Su firma reconoce que ha leído las formas de privacidad, que están disponibles en la recepción al pedir las.
4. **Pacientes con seguro:** su firma reconoce que nos da la libertad de mandar su información a su seguro. También nos autoriza el pago de servicios proporcionados en esta oficina.

Firma del Paciente (o guardián si es menor de 18 años)

Nombre _____

Fecha _____

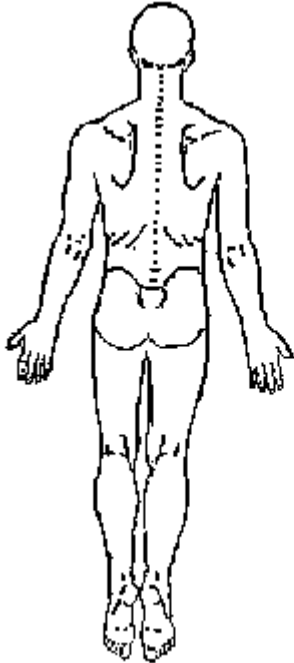
Cuanto tiempo ha tenido este dolor? ___ Años ___ Meses ___ Semanas ___ Días ___ Horas

Es su primer episodio con este dolor? ___ Si ___ No

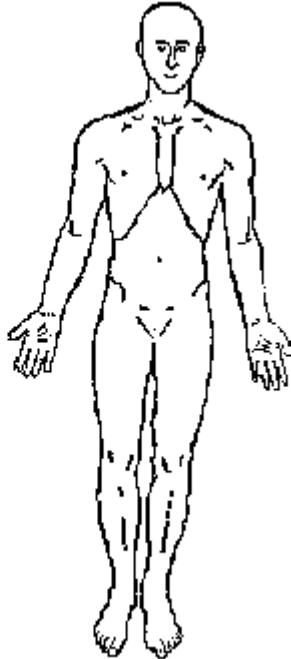
Use las letras para indicar el tipo y localización de las sensaciones que siente en este momento



Izquierda



Parte Posterior



Frente



Derecha

Índice:

- A= Dolor
- B= Quemadura
- N= Adormecimiento
- P= Agujitas
- S= Punzadas

Otras Sensaciones:

Favor de nombrar condiciones graves que tiene, o ha tenido en el pasado: _____

Favor de listar accidentes o heridas que ha sufrido y sus fechas: _____

Favor de nombrar cualquier medicinas que este tomando actualmente y explique por que condición las esta tomando:

Favor de nombrar cualquier procedimiento quirúrgico que haya pasado, y sus fechas cuando fueron realizadas: _____
