

Información Personal: Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número Telefónico de Casa# _____

Cellular# (para confirmar citas) _____ Proveedor: ___ Verizon ___ AT&T ___ T-Mobile ___ Sprint

Correo electrónico (para confirmar citas) _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social# _____ Licencia de manejar # _____

Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Género _____ Estatus: Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado (a) ___

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Número# _____

Persona responsable de esta cuenta _____ Relación _____

Ocupación _____ Refirido por _____

Información de Salud: Usted ha tenido cuidado quiropráctico antes? _____ Sí, ¿la fecha de la última visita? _____

Si está experimentando dolor (dolor de cuello, espalda media, espalda baja, etc.), problemas de salud, síntomas, y/o cejas, por favor de listar en la orden de severidad.

1. _____ Por cuanto tiempo? _____
2. _____ Por cuanto tiempo? _____
3. _____ Por cuanto tiempo? _____
4. _____ Por cuanto tiempo? _____

El problema está _____ emporiando _____ sigue igual? ¿Ha experimentado estas cejas mientras trabaja actualmente o en el pasado? S _____ N _____ Si, por favor de explicar: _____

Hay otras actividades, incidentes, o eventos fuera del trabajo que pueden haber causado estos síntomas y problemas de salud. S _____ N _____ Si, por favor de explicar: _____

¿Otras condiciones médicas? S _____ N _____ Si, por favor de explicar _____

¿Cómo describirías su salud en general? ___ Malo ___ Bueno ___ Excelente

¿Está buscando cuidado de salud con otro proveedor? S _____ N _____ Si, nombre de doctor _____

Contacto# _____ Han tenido recientemente rayos x o otros exámenes de laboratorio? S _____ N _____ Resultados _____

Número de hijos(as) _____ Anote seugias pasadas _____

Por favor de marcar los medicamento (sin receta y / o recetado) que está tomando: ___ Aspirina/Tylenol ___ Pastillas de Dolor ___ Insulina ___ Relajantes Musculares ___ Pastillas Anticonceptivas ___ Pastillas para Dormir ___ Antidepresivos ___ Medicamentos de Esteroides (Prednisone, Cortisone) ___ Medicamento Anticoagulante ___ Otro (por favor de anotar) _____

Usted: Fuma S _____ N _____ Cuanto _____ Ejercicio Regular S _____ N _____ Frecuencia _____ Tipo de Ejercicio _____

¿Tiene algunos de estos síntomas? (marque los síntomas que aplican) ___ Mareos ___ Dolor de Cabeza ___ Zumbido en los Oídos ___

Desmalleos ___ Diabetes

Presión Arterial ___ Enfermedad de Corazón ___ Enfermedad de Respiración

Información de Aseguranza: Do you currently have medical insurance? S _____ N _____ Si, nombre de proveedor? _____

Para pacientes mayor de 65, está cubierto por Medicare? S _____ N _____ Medicare ID# _____

¿Es su condición debido a un accidente? S _____ N _____ Ha estado involucrado en un accidente de carro en los últimos 12 meses? S _____ N _____

¿Ha estado involucrado en un accidente de carro en los últimos 24 meses? S _____ N _____ Si, ¿cuándo fue la fecha de su accidente? _____

¿Es su condición causada por un accidente de trabajo? S _____ N _____ Si, ¿cuándo fue la fecha de su accidente? _____