

Welcome

Patient Information

Date _____

SS/HIC/Patient ID # _____

Patient Name _____
Last Name

First Name _____ Middle Initial _____

Address _____

City _____

State _____ Zip _____

E-mail _____

Sex M F Age _____

Birthdate _____

Married Widowed Single Minor

Separated Divorced Partnered for _____ years

Occupation _____

Patient Employer/School _____

Employer/School Address _____

Employer/School Phone (_____) _____

Spouse's Name _____

Birthdate _____

SS# _____

Spouse's Employer _____

Whom may we thank for referring you? _____

Insurance

Who is responsible for this account? _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Group # _____

Is patient covered by additional insurance? Yes No

Subscriber's Name _____

Birthdate _____ SS# _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Group # _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with

_____ and assign directly to
Name of Insurance Company(ies)

Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named doctor may use my health care information and may disclose such information to the above-named Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Please print name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date

Relationship to Patient

Phone Numbers

Home Phone (_____) _____

Cell Phone (_____) _____

Best time and place to reach you _____

IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT

Name _____

Relationship _____

Home Phone (_____) _____

Work Phone (_____) _____

Accident Information

Is condition due to an accident? Yes No

Date _____

Type of accident Auto Work Home Other

To whom have you made a report of your accident?

Auto Insurance Employer Worker Comp. Other

Attorney Name (if applicable) _____

Patient Condition

Reason for Visit _____

When did your symptoms appear? _____

Is this condition getting progressively worse? Yes No Unknown

Mark an X on the picture where you continue to have pain, numbness, or tingling.

Rate the severity of your pain on a scale from 1 (least pain) to 10 (severe pain) _____

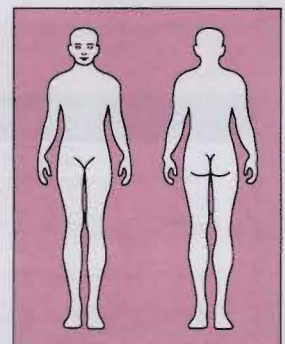
Type of pain: Sharp Dull Throbbing Numbness Aching Shooting
 Burning Tingling Cramps Stiffness Swelling Other

How often do you have this pain? _____

Is it constant or does it come and go? _____

Does it interfere with your Work Sleep Daily Routine Recreation

Activities or movements that are painful to perform Sitting Standing Walking Bending Lying Down



Health History

What treatment have you already received for your condition? Medications Surgery Physical Therapy
 Chiropractic Services None Other _____

Name and address of other doctor(s) who have treated you for your condition _____

Date of Last: Physical Exam _____ Spinal X-Ray _____ Blood Test _____
 Spinal Exam _____ Chest X-Ray _____ Urine Test _____
 Dental X-Ray _____ MRI, CT-Scan, Bone Scan _____

Place a mark on "Yes" or "No" to indicate if you have had any of the following:

AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Liver Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alcoholism	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Measles	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Allergy Shots	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Emphysema	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migraine Headaches	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Miscarriage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stroke	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fractures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Suicide Attempt	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Appendicitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Thyroid Problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Goiter	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mumps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tonsillitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bleeding Disorders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gout	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pacemaker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tumors, Growths	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Breast Lump	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Heart Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parkinson's Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Typhoid Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bronchitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pinched Nerve	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ulcers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pneumonia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vaginal Infections	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Herniated Disk	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cataracts	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prostate Problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Whooping Cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chemical Dependency	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	High Cholesterol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prosthesis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other _____	
		Kidney Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Psychiatric Care	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	



<p>EXERCISE</p> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Heavy	<p>WORK ACTIVITY</p> <input type="checkbox"/> Sitting <input type="checkbox"/> Standing <input type="checkbox"/> Light Labor <input type="checkbox"/> Heavy Labor	<p>HABITS</p> <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Coffee/Caffeine Drinks <input type="checkbox"/> High Stress Level
Packs/Day _____ Drinks/Week _____ Cups/Day _____ Reason _____		

Are you pregnant? Yes No Due Date _____

Injuries/Surgeries you have had	Description	Date
Falls	_____	_____
Head Injuries	_____	_____
Broken Bones	_____	_____
Dislocations	_____	_____
Surgeries	_____	_____

Medications	Allergies	Vitamins/Herbs/Minerals
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Pharmacy Name _____	_____	_____
Pharmacy Phone (_____) _____	_____	_____



Bienvenido

SALUD ÓPTIMA A TRAVÉS DE LA QUIROPRÁCTICA

Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades quiroprácticas. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC _____

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ E-mail _____

Teléfono de la casa (____) _____ Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Prefiere que lo llamen al número de: La casa El trabajo Celular No tengo preferencia

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Teléfono (____) _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

¿TIENE SEGURO ADICIONAL? No Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____



Síntomas

Motivo de la visita _____ ¿Cuándo notó los síntomas por primera vez? _____

¿Se está empeorando esta condición? _____

¿Dónde específicamente está ubicado el problema(s)? _____

¿Qué actividades son difíciles de realizar? Sentarse Pararse Caminar Doblarse (Agacharse) Acostarse Otro _____

Tipo de dolor: Punzante Débil Pulsante Adormecimiento Adolorido Agudo
 Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

Clasifique la gravedad de su dolor (de 1, dolor leve o malestar, a 10, dolor severo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Es constante el dolor, o se le pasa y luego regresa? _____

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición? _____

Medicamentos Cirugía Fisioterapia Otro _____

Nombre y dirección de otros médicos que le hayan proporcionado tratamiento para su condición: _____

Historial médico

Marque únicamente las condiciones que correspondan:

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Disco herniado | <input type="checkbox"/> Nervio pinchado | <input type="checkbox"/> Tumores, bultos |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones antialérgicas | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangramiento | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Aborto natural | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor en el seno | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | _____ |

Fechas de los exámenes más recientes _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Indique cualquier tipo de cirugía que haya tenido y las fechas: _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias: _____

Hábitos diarios

¿Qué tipo de ejercicios hace diariamente? Ninguno Moderados Intensos

¿Qué incluyen sus hábitos diarios de trabajo? (por ejemplo: estar sentado, parado, trabajo liviano, trabajo pesado, trabajo en computadora) _____

¿Qué vitaminas toma actualmente? _____

¿Qué otro tipo de suplemento nutritivo toma (si corresponde)? _____

¿Fuma usted? No Sí ¿Cuánto fuma al día? _____

¿Cuánto licor consume semanalmente? _____

¿Cuánto café o cuántas bebidas con cafeína consume diariamente? _____

Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente