

Información para Pacientes

PACIENTE

Nombre Completo: _____ Seguro Social#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Total Numero de Hijos(as)? _____

Seleccione Uno: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Juantado(a)

SOLO PARA MUJERES: Está usted o hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No Insegura

Quien lo Refirió o como se enteró de Nuestra Oficina? _____

EMPLEADOR

Ocupación: _____ Empleador: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SEGURADO POR CONYUGE /PADRES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social#: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Alguna vez has tenido el cuidado Quiropráctico antes? Sí No Si es sí cuando? _____

Si usted tiene algún problema de salud o dolor por favor lista sus principales quejas por orden de gravedad.

1. _____ Por cuánto tiempo? _____

2. _____ Por cuánto tiempo? _____

3. _____ Por cuánto tiempo? _____

Liste otros médicos que consulto por estas condiciones:

1. _____ 2. _____

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Está relacionado con un accidente de trabajo o cualquier otra lesión personal? Sí No Si es sí Cuando? _____

Se ha convertido? Igual Mejor Peor Si es peor cuándo y cómo? _____

Ha tenido usted algún hueso quebrados? Sí No Si es así, la lista de todos los huesos rotos y dar fechas _____

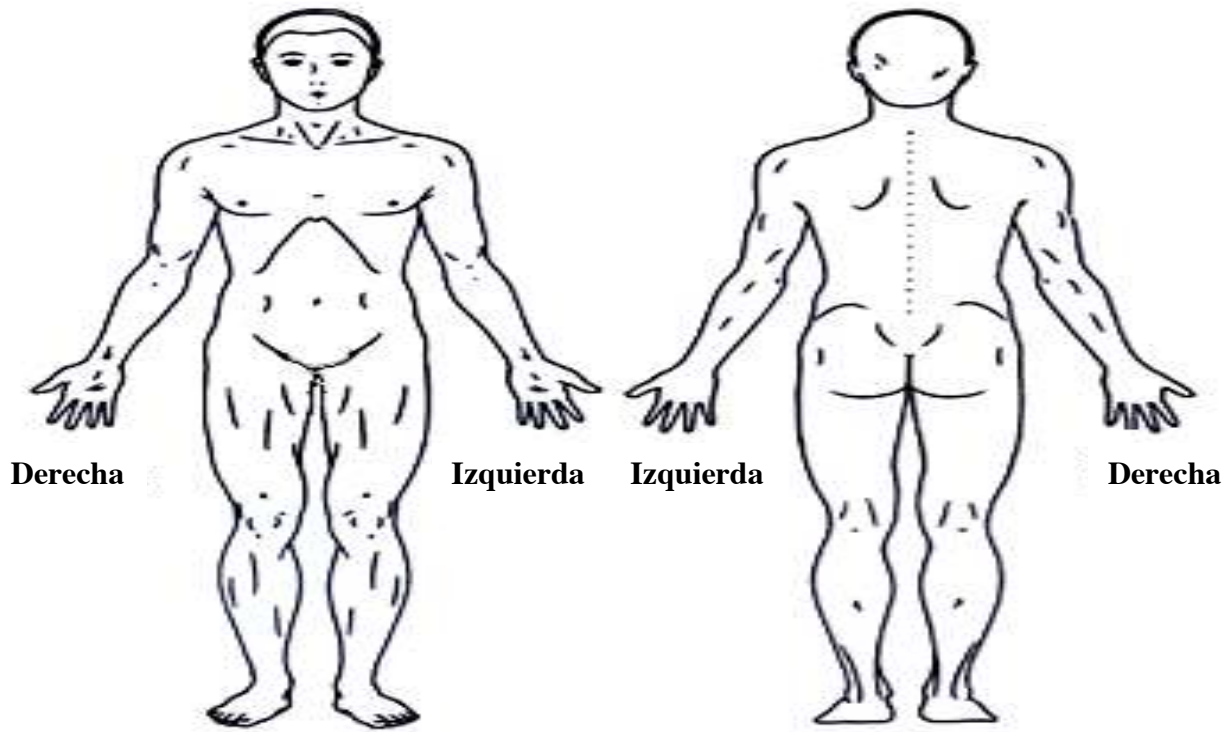
Ha tenido enfermedades/cirugías /hospitalizaciones? (Incluya fechas) _____

Fecha del último examen físico: _____

Qué medicamentos está tomando? Aspirina/Tylenol Pastillas para el Dolor Insulina Relajantes Musculares

Tranquilizantes Pastillas Anticonceptivas Otros: _____

Usando los símbolos de abajo, marca en las fotos donde y como siente el dolor o molestia



Marque el nivel de dolor, 0 significa nada de dolor y 10 significa el dolor severo. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Revise todas y cada una cobertura de seguro que puede ser aplicable en este caso.

- Seguro a través de usted
- Seguro a través? Padre/Madre Encargado Conyuge
- Compensación a los Trabajadores Fecha: _____ Medicaid Medicare Efectivo Otro _____

Nombre del seguro Primario. _____

Nombre del seguro Secundario. _____

Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a Steven R Davis DC. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria a cualquier persona que necesite comunicarse con para asegurar el pago de los beneficios. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que todos los servicios dados a mi están cobrados directamente a mí, y yo soy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspendo o cancelo mi cuidado y tratamiento, los servicios profesionales dados a mi serán inmediatamente debidos y pagados. Ley del Estado de California requiere que mantengamos sus radiografías. Las placas en sí es propiedad de esta oficina. Las placas se pueden prestar a otro centro, con sólo la autorización.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre o Encargado: _____ Fecha: _____