



SOKRATIS DRAGONAS, D.C. P.C.

- Certified Chiropractic Sports Physician
- Certified By N.J. State Board of Chiropractic Examiners

HISTORIA PERSONAL Y CONFIDENCIAL
(please print)

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ SEGURO SOCIAL# _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

ZONA POSTAL: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: M S D W

CUANTOS HIJOS: _____ TELF. CASA: _____ TELF. TRABAJO: _____

TELF. CELULAR: _____ OCUPACION: _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCION DE SU EMPLEADO: _____

NOMBRE DE SU CONYUGUE: _____ OCUPATION: _____

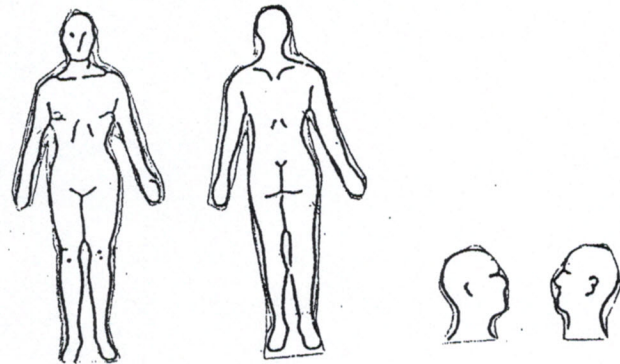
DIRECCION DE SU TRABAJO: _____

Razon de su visita: _____

Se ha tratado con algun doctor por este problema: _____ Quiropratico _____ MD _____ Ninguno

Que medicamentos esta usted tomando ahora? _____

Por Favor Marque Sus Areas De Dolor:



HAGA UNA LISTA DE SUS PADECIMIENTOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

QUE ACTIVIDAD AGRAVA SU PADECIMIENTOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Mujeres: Esta usted en cinta? _____ Si _____ No

Se ha tratado con algun Quiropractico antes:

Diga si ha tenido cirugas:

Si No
Nombre: _____

Ha sufrido alguna ves de...

Ha sido usted tratado por algun doctor este ano o el anterior por algun padecimiento?

- Sida Mareos Asma Presion Alta
- Cancer Diabetes Artritis Nervios
- Neuralgias Sinusitis Digestivo
- Dolores en la espalda Cabeza Cuello
- Alergias Corazon

Si No

Fecha de su ultimo examen fisico: _____
By whom: _____

Describe: _____

SU CASO: _____ Accidente de Trabajo _____ Accidente Automovilistico _____ Se accidento used mismo

FECHA DEL ACCIDENTE: _____ SITIO: _____

Describe como paso el accidente _____

Usted lo Reporto? Si No A Quien? _____

Fue Usted Hospitalizado? Si No Donde? _____

Fue conducido en ambulancia? Si No Rayos X? Si No Donde le tomaron los RayosX? _____

Cuantos Dia Estuvo Usted en el Hospital? _____

Usted esta trabajando ahora? Si No Que tiempo ha dejado de trabajar? _____

Usted ha sido atendido por otro quiropractico por este accidente? Yes No

Si Contesta que Si por favor, Nombre del Doctor _____

Usted esta representado por un abogado? Si No Si Contesta que Si por favor, Nombre del Abogado _____

INFORMACION DE SU SEGURO: (please print)

TIENE USTED SEGURO DE SALUD? Si No

NOMBRE DE LA COMPANIA(S) _____

DIRECCION _____

Policy # _____

SEGURO DE SU CONYUGUE: _____

DIRECCION _____ Policy # _____

PAYMENT ACKNOWLEDGEMENT (please sign)

I understand and agree that Health and Accident Insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and myself. I also understand that this office will prepare any forms and reports necessary to assist me in making collection from the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to this office will be credited to my account on receipt. However I clearly understand and agree that all services rendered are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered for me or my dependent will be immediately due and payable.

Patient's signature _____ Date _____

Insured's signature _____ Date _____

Parent, Spouse or Guardian's signature _____ Date _____