



# 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: \_\_\_\_\_

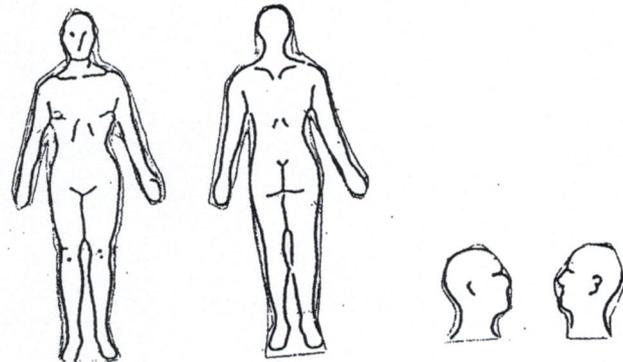
DIRECCION DE SU TRABAJO: \_\_\_\_\_

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

Diga si ha tenido cirugias:  
\_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna ves de...

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

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_

By whom: \_\_\_\_\_

Se ha tratado con algun Quiropractico antes:

Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Si  No

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SU CASO: \_\_\_\_\_ Accidente de Trabajo \_\_\_\_\_ Accidente Automovilistico \_\_\_\_\_ Se accidente 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 \_\_\_\_\_