



Historia de caso paciente nuevo

Si sinceramente no creemos que responderá su condición satisfactoria, no aceptaremos tu caso. Gracias.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento 00/00/0000 Edad _____ 00 ID _____
Dirección _____ Ciudad El Paso Estado TX Postal 00000
Teléfono de casa (000) 000-0000 Trabajo _____ Correo electrónico _____
De niños ___ Las edades _____ Ocupación estado civil C S D V Tel # _____
Referido por _____ Contacto de emergencia Tel # _____
Problema o queja importante: Low back and hip pain.

Información de la salud

Ha recibido la atención quiropráctica anterior? _____

Tuviste esta afección similar en el pasado? _____

Las actividades que agravan esta condición? _____

Esta condición a empeora progresivamente. Si No Es constante o viene y va

Esta condición interferir con su trabajo Dormir Rutina diaria Otros _____

Cuánto tiempo lleva puesto que te sentiste bien? _____

Ha tratado a otro médico por esta condición? Si No quién? _____

Lista de procedimientos quirúrgicos y año _____

Medicamentos que toma actualmente: Pastillas para Nervios Analgésicos Relajantes musculares

Tranquilizantes Insulina Píldoras anticonceptivas Otro _____

Edad de Colchon? _____ es cómodo Incómodo

Usa? Elevaciones de talón Levanta suela Suela interna Apoyo de arco N/A

¿Ha estado involucrado en un accidente de auto o han tenido otras lesiones?

Año pasado Últimos 5 años Más de 5 años Nunca

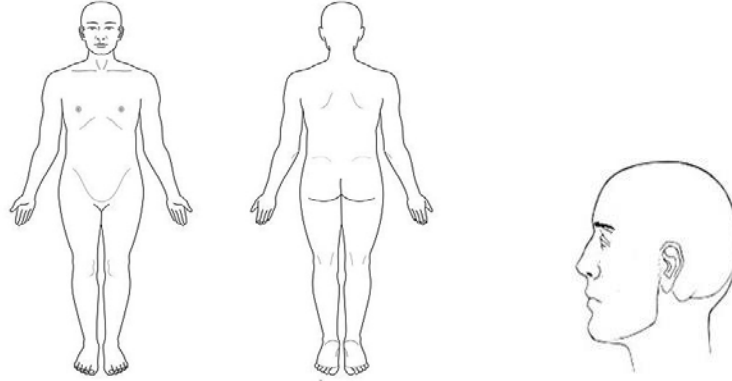
Describe el accidente: _____

Fecha de última examinación físico? _____

Ha padecido las siguientes condiciones?

Mareo Dolores de espalda Problemas del corazón Diabetes Artritis Dolores de cabeza
 Asma Neuritis Trastornos digestivos Nerviosismo Problemas del seno Dolor de cuello

Por favor, marque las áreas de su dolor en los ejemplos de abajo.



Información de salud de la familia. (Muchos problemas de salud son el resultado de las debilidades espinales hereditarias, así información sobre miembros de su familia nos dará una mejor comprensión de su condición de salud total).

Nombre	Relación	Problemas de salud pasados y presentes

Información del seguro

Es su condición debido a un accidente de auto o por un trabajo relacionados con la lesión? Si No
 ¿estás seguro? Si No

En caso de cobertura, nombre de la compañía _____ # de Poliza _____

Está cubierto por Medicare? Si No Si es así, # Seguro de salud _____

Entiendo y acepto que la salud y las políticas del accidente son un acuerdo entre y las compañías de seguros y de mí. Además, entiendo que *George Chiropractic & Wellness Center* preparará cualquier necesarios informes y formularios para que me asista en la fabricación de colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a ser pagado directamente esta oficina quiropráctica será acreditada a mi cuenta sobre el recibo. Sin embargo, claramente entiende y acepta que todos los servicios prestados serán cargados directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspender o rescindir mi atención y tratamiento, cargos por servicios profesionales prestados será inmediatamente debido y pagadero.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del Guardián: _____ Fecha: _____