

SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____

Dirección Electrónica: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Está Embarazada? Sí No

Nombre y Dirección de su empleo: _____

Ocupación: _____

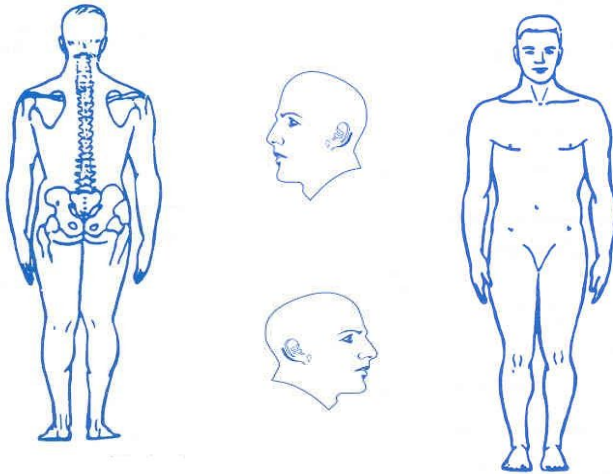
Número de Trabajo: _____ Número de Hogar: _____

Quién lo Refirió a Nuestra Oficina: _____

Qué Tipo de Cuidado Desea: Temporario Corrección Permanente Mejor Cuidado Posible

Condición Médica

Por favor circule el lugar exacto del lugar donde tiene dolor. Después describa el tipo de dolor, ej. Dormido, piquete, constante, etc.



En orden de importancia, numere los problemas médicos que más quiere que se corrijan.

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

En orden de (gravedad), numere las funciones que no puede hacer porque produce dolor al hacerlas, ej. Caminar, correr, sentarse, etc. problemas médicos que más quiere que se corrijan.

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

¿Cuándo fue la primera vez que notó este problema?

Describe cualquier accidente, caídas, lastimadas, golpes, etc. que pudieron haber causado el problema.

Ha tenido problemas de salud similares a la presente? Sí No Si, sí favor explique. _____

Nombre de todos los doctores que ha visto para este problema: _____

Diagnosis y tipo de tratamiento que recibió (favor de incluir donde y cuando recibió el tratamiento y los resultados): _____

Su problema médico ha: Mejorado Empeorado Igual:

Describe cualquier cosa que hace que mejora su condición o la empeora: _____

Favor de marcar y describir como este problema interfiere con su trabajo o vida privada:

Actividades caseras afectadas: _____

(Por Favor Llame el Reverso)

Actividades de trabajo afectadas: _____

Ha faltado trabajo: Sí No Si, sí días perdidos: _____

Actividades de diversión afectadas: _____

Relajamiento o sueño afectado: Sí No _____

Condición Médica Previa

Durante el año pasado, lo ha tratado un doctor por algún problema de salud. Sí No
Si, sí explique por favor. _____

Ha recibido cuidado quiropráctico? : Sí No Si, sí por favor de el nombre y dirección del
quiropático y el problema que fue tratado: _____

Indique los medicamentos que está tomando: Pastillas para el dolor Relajantes de músculos
 Anti-inflamatorios Medicamento para la presión Insulina Pastillas anticonceptivas tranquilizantes
 Pastillas de dieta Medicamentos para los nervios Pastillas para dormir Pastillas para
depresión
 Otro: _____

Diga la(s) fecha(s) de algún accidente, operación, o golpe (incluyendo huesos rotos) que ha tenido: _____

Ha tenido en accidente automovilístico? Cuando? Este año Año pasado Últimas 5 años Más
de 5 años

Favor de marcar las siguientes opciones que le apliquen en los últimos 2 años: Fuí a un spa
 Compré vitaminas Compré comida saludable Recibí un masaje

Favor explique la razón por la cual hace lo mencionado: _____

Historia Médica de su Familia

Estado Civil: Casado Soltero Enviudado Divorciado Separado

Nombres y edades de sus hijos: _____

Nombre de su esposo(a): _____

Empleo de su esposo(a): _____ Número de teléfono: _____

Responsable por los Costos Económicos

Quién es responsable por su cuenta? Yo Mi esposo(a) Mi empleo Aseguranza Otro _____

Tipo de aseguranza: Médica Automóvil Otro _____

Nombre de la compañía y dirección de su aseguranza: _____

Si Ud. Es responsable por su cuenta médica, su pago será hecho en: Efectivo Cheque Tarjeta de
crédito.

Su pago se vence y debe ser pagado a la hora de su tratamiento, rayos-X, o cualquier tratamiento recibido.
Cualquier arreglo de pago tiene que hacerse en avanzado. Rayos-X son, propiedad de esta clínica.

Yo entiendo y doy permiso por el tratamiento.

Firma del paciente: _____
Número de Seguro Social: _____/_____/_____ Fecha: _____/_____/_____