

BIENVENIDOS A RAY CHIROPRACTIC

ACCOUNT#: _____

"GENTLE CHIROPRACTIC CARE FOR THE WHOLE FAMILY"

Primer Nombre: _____ Segundo Initial. _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Seg. Soc. _____ Genero: M F Estado Civil: C S B D

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Nombre de su esposo/a: _____

Teléfono (mejor numero): Casa: _____ Cel: _____ Trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Su:

Ocupación: _____ Empresa: _____

Seguro Medico: _____ # de ID _____ Grupo # _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seg. Soc: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____ **correo electrónico**

¿Alguna vez sufrió de estos problemas?:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Congestion nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Trastorno digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Otras: _____

¿El propósito de su cita: _____

¿Otros médicos que consulto para este problema : _____

¿Se ha tratado por algún problema de salud con algún medico desde el año pasado? SI NO

Describe: _____

¿Fecha de su último examen físico?: _____

Observaciones e información adicional: _____

SE ESPERA UN PAGO A LA HORA DE SU VISITA

Cuenta con seguro? SI NO Compañía: _____

YO ESTOY DE ACUERDO QUE LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE SALUD Y ACCIDENTE SON UN ARREGLE ENTRE UN PROVEEDOR DE ASEGURANZA Y YO MISMO. AUN MAS, YO ENTIENDO QUE LA CLÍNICA RAY CHIROPRACTIC PREPARARA TODOS LOS REPORTE Y FORMAS NECESARIAS PARA ASISTIRME PARA PODER COLECTAR DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO Y QUE CUALQUIER MONTO AUTORIZADO SERA PAGADO DIRECTAMENTE A LA CLÍNICA RAY CHIROPRACTIC Y SERA ACREDITADO A MI CUENTA AL SER RECIBIDOS. TAMBIÉN, YO ENTIENDO CLARAMENTE Y ESTOY DE ACUERDO QUE TODOS LOS SERVICIOS RECIBIDOS SON COBRADOS DIRECTAMENTE A MI PERSONA Y QUE PERSONALMENTE SOY RESPONSABLE POR SU PAGO. YO TAMBIÉN ENTIENDO, QUE SI SUSPENDO O FINALIZO MI CUIDADO Y TRATAMIENTO, CUALQUIER PAGO POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES QUE SE ME RINDIERON, SERÁN INMEDIATAMENTE PAGADOS.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre o Guardián: _____ Fecha: _____

SI LO QUE TIENE ES UNA LESIÓN POR UN ACCIDENTE, FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Fecha del accidente: _____ Hora: ____: ____ AM PM Locacion: _____

Como ocurrió el accidente? Coche En el trabajo Otra: _____

¿En sus propias palabras, como ocurrió el accidente?: _____

- ¿Estuvo la policía en el momento del accidente? SI NO
- ¿Fue llevado/a en ambulancia? SI NO
- Nombre el hospital: _____ Ciudad: _____ Días: _____ Se le dio de alta: _____
- Si fue accidente de auto, usted era Conductor Pasajero Peatón Estaba estacionado/a
- Si fue choque, le impactaron por Atrás Lado derecho Lado izq. Frente
- ¿Su auto golpeo otro(s) autos involucrados? SI NO
- ¿O el auto choco con el suyo? SI NO NO Determinado
- ¿Como resultado del accidente, le dieron multas a usted? SI NO
- ¿Llevaba puesto su cinturón de seguridad? SI NO
- ¿Perdió el conocimiento? SI NO

Haga una lista de las lesiones que crea tener: _____

¿Requirió de hospitalización posteriormente al accidente? SI NO

Check symptoms you have noticed since accident: (check all that apply)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> La luz molesta los ojos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Cabeza Pesada | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Pies frios |
| <input type="checkbox"/> Rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> Piquetes y hormigueo en brazos | <input type="checkbox"/> Zumbido de oídos | <input type="checkbox"/> Manos frías |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al dormir | <input type="checkbox"/> Piquetes y hormigueo en piernas | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de cara | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de los dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Zumbido de oídos | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de los dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Perdida de balance | <input type="checkbox"/> Suda Frio |
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Perdida del olfato | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Perdida del paladar | <input type="checkbox"/> _____ |

Otros síntomas aparte de los ya mencionados: _____

¿Ha perdido días de trabajo? SI NO Fechas: _____

Compañías de seguro involucradas: _____

Mi Compañía: _____

Compañía de la persona responsable por los daños: _____

¿Ha sido contactado por un ajustador de seguros o representante? SI NO

¿Tiene algún abogado ayudándole con su caso? SI NO

Nombre de Abogado: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

POR CORTESÍA, LE PEDIMOS MANTENGA SU TELÉFONO CELULAR APAGADO