

Treanor Chiropractic Wellness Center
APLICACIÓN DE PACIENTE NUEVO

¡ Bienvenido a nuestra práctica! Por favor imprima y complete minuciosamente todas las preguntas. Gracias.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
 Dirección: _____ ciudad/estado/código postal: _____
 Teléfono: Casa _____ Móvil _____ Trabajo _____
 Dirección de correo electrónico: _____ @ _____
 Prefería el método de contacto para pacientes recordatorios: Correo electrónico / Teléfono / Texto / Correo electrónico
 Seguridad social #: _____ Estado civil: casada / viuda / divorciado / separado / soltero
 Su empleador: _____ Ocupación: _____
 Dirección del empleador: _____
 Nombre del esposo: _____ Fecha del esposo de nacimiento: ___ / ___ / ___
 Empleador del esposo: _____ Esposo # de teléfono: _____
 Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____ Relación _____
 Nombres y edades de infantil: _____

Idioma(s): _____ Género (círculo uno): macho o hembra
 Raza (círculo uno): Indio Americano o Hawaiano nativo / Asia / Negro o Afro Americano / Nativo de Alaska o
 Otros isleños del Pacífico / Blanca / declinar a contestar
 Origen étnico (círculo uno): Hispano o Latino / No Hispano o Latino / declinar a contestar

¿Está tomando algún medicamento? (Por favor incluya regularmente usado sobre los medicamentos de venta libre)
 Adjuntar una hoja separada si es necesario

Nombre del medicamento	Dosificación y la frecuencia (es decir, 5mg una vez al día, etc..)

¿Tienes alguna alergia de medicación?

Nombre del medicamento	Reacción	Fecha de inicio	Comentarios adicionales

Estado de fumar tabaco: Corriente cada día fumador ___ Actual fumador ocasional ___ Ex fumador ___
 Nunca fumó ___ Fecha de inicio de fumar _____ Fecha de finalización de fumar _____

Altura _____ Peso _____

¿SOLO para mujeres: Hay alguna posibilidad de embarazo? Sí ___ No ___

Usted ha tenido cirugía y cuando: _____

¿Usted ha sido diagnosticado con cáncer? ___ Si es así, ¿qué tipo? _____

El médico primario: _____ Clínica nombre y ubicación: _____

Su médico previo de quiroprácticos y ubicación: _____

Técnicas quiroprácticas: que ha tenido éxito: _____

La última vez que fuiste al Doctor de Quiropractico anteriores: _____

Continúa en la página trasera

Razones de salud para consultar a nuestra oficina:

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

¿Cuándo comenzó este episodio(s) actual? ____ hoy ____ cuantos días ____ cuantas semanas ____ cuantos meses ____ cuantos años

¿Ha tenido problemas iguales o similares antes? ____ Si ____ No

¿Hace cuánto? ____ por favor explique: _____

¿Padre/madre/hermano/hermana/niños, con problemas similares? _____

¿Esto es el resultado de una lesión auto o trabajo? ____ Si es así, cuando? _____

Otros médicos que han tratado este problema: _____

¿Qué te hace sentir mejor? _____ Por favor, marque todas las áreas de problemas de salud más abajo

¿Qué te hace sentir peor? _____

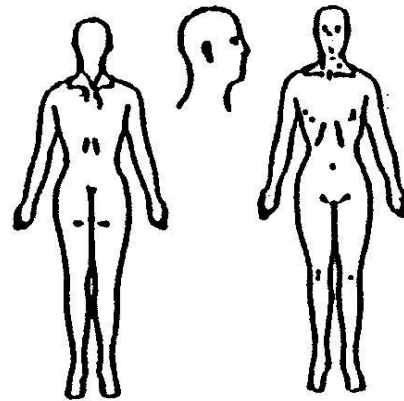
¿Cuales actividades es este te impide realizar? _____

¿Conoces el tratamiento quiropráctico? _____

¿Sabes qué es una subluxación? ____ Si? Describala _____

¿Qué rituales diarios de salud espinal practica actualmente? _____

Pasatiempos favoritos o intereses: _____



¿A quien podamos agradeceremos enviar te o cómo nas encontraste? _____

¿Tiene seguro de salud? ____ Nombre de empresa: _____

Método de pago para la primera visita (requerido): ____ Efectivo ____ Cheque ____ de débito / crédito ____ HSA/HRA

Elegir a declinar recibir mi Resumen clínico después de cada visita (*estos resúmenes están a menudo en blanco debido a la naturaleza y frecuencia de atención quiropráctica*).

Entiendo y acepto que las policias de salud y seguros de accidente son un arreglo entre mi compañía de seguros y yo, no entre mi compañía de seguros y esta oficina. Estoy de acuerdo en pagar mi estimado paciente responsabilidad y además, entiendo que la responsabilidad estimada es una garantía de pago por mi compañía de seguros, ni necesariamente un reflejo preciso de mi responsabilidad actual según lo determinado por la compañía de seguros sobre procesamiento de mis reclamos. En caso de que mi compañía de seguros no paga en los cargos a la tasa estimada o dentro de un período razonable de tiempo, a petición de esta oficina inmediatamente pagaré el debido equilibrio en mi cuenta a menos que se acuerde lo contrario por escrito. Entiendo que un cargo por intereses puede aparecer en todas las cuentas de más de 90 días de retraso. Además entiende y está de acuerdo, que si esta oficina debe tomar cualquier acción para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, será responsable del pago y reembolsará a esta oficina por todos los costos de tales esfuerzos de cobranza, incluyendo pero no limitado a, corte todos los costos y honorarios de abogado.

Yo autorizo a esta oficina para liberar cualquier información médica relacionada con mi tratamiento para cualquier las compañías de seguros que pueden ser responsables de pagar beneficios a mí y a abogados que pueden ser representarme debido a mi condición y para completar cualquier habituales informes y formularios sin cargo para ayudar en la recolección de mis compañías de seguros, abogados, u otros pagadores.

He leído, entendido y de acuerdo a lo anterior. La información anterior es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Es mi motivo de consulta con el médico para la evaluación de mi salud física y el potencial de mejora.

Paciente o tutor firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____