

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre Completo _____ Fecha _____
Direccion _____ Apt _____ Ciudad Estado _____Codigo Postal _____
Telefono De Casa _____ Telefono De Trabajo _____ Ext _____
Correo Electronico _____ Celular _____
Fecha De Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Nombre De Conyuge _____
Ocupacion _____ Nino's(Edad) _____
Empleador _____ Direccion De Empleador _____
Seguridad Social # _____ Licencia # _____ Estado _____
Como Se Entero De Nuestra Oficina? _____
Nombre De Meico Personal _____
Contacto De Emergencia _____
Relacion _____ Telefono _____ Direccion _____
Que es responsable de esta cuenta? _____
Tipo de pago que va a utilizar, (circulo), Seguro / Efectivo / Tarjeta De Credito / Otra _____

INFORMACION DE ACCIDENTE

Sus problemas actuales se deben a un accidente _____ Fecha De Accidente _____
Tipo de accidente, (circulo): Auto/En-el-Trabajo/Deportes/Militar/Casa/Resbalar y Caer/Personal/Otra _____
Nombre De Abogado de su caso _____ Telefono # _____

INFORMACION DE SEGURO

Tipo de seguro para pagar la cuenta, (circulo): Auto/Work Comp/Group/Medicare/Otra _____
Nombre De Seguro _____ Telefono # _____
De Asegurado Nombre/Fecha De Nacimiento _____ ID # _____ Group # _____
Si el seguro es su conyuge enumere conyuges emleador: _____

TRATAMIENTO DE AUTORIZACION

Por la presente, autorizo a este consultorio y a su personal y médicos a examinarme y tratarme a mí o a mis dependientes mencionados anteriormente, según lo consideren apropiados los médicos y otorgo autoridad para que se realicen estos procedimientos. Entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados a mí o a mi dependiente se me cobran directamente y que soy responsable del pago de los servicios por parte de esta oficina y todos los servicios externos de laboratorio o radiología realizados en mi nombre o en el de mis dependientes. En caso de que sea necesario cobrar una cantidad vencida. Seré responsable de todos los cargos, honorarios y honorarios de abogados. Todos los cargos por los servicios y la atención brindada se me cobrarán directamente y seré responsable del pago de los mismos. Doy mi permiso para que me llamen por teléfono con respecto a mis citas o el tratamiento de mis dependientes, incluso si mi nombre y número están en una lista estatal o nacional de no llamada. Tenga en cuenta también que utilizamos grabaciones de audio y video en toda esta oficina.

Sabemos que el examen espinal gratuito de hoy incluye, entre otros, una consulta, antecedentes de la queja y examen / palpación del área involucrada para determinar si existe la necesidad de atención quiropráctica. Sin embargo, la evaluación gratuita no incluye radiografías o tratamiento y se limita a un examen gratuito por persona. Si se indican radiografías, se acostumbra pagar por las radiografías cuando se toman, a menos que se hagan arreglos de depósito por adelantado. La ley nos exige que le asesoremos sobre las tarifas de nuestros servicios. Son los siguientes: vistas de rayos X 8x10 \$ 35 cada una; Vista 14x17 \$ 45 cada uno; copias de Rayos X \$10; Manipulaciones de la columna vertebral \$50. Todas las terapias cuestan \$ 40, excepto la descompresión, que es de \$65 y rehabilitación cuesta \$80, Laser \$50 y Ultrasonido \$50 . Tenga la seguridad de que nuestro personal / gerente revisará todos los cargos antes de administrar el tratamiento. He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" para que la guarde en mis registros .

Firma Del Paciente/Guardian (x) _____ Fecha _____

PROBLEMAS DE SALUD ANTERIORES

Círculo Todas Las Que Apliquen

General:

Perdida De Peso
Fatiga
Debilidad
Problemas Para Dormir

Piel:

Erupciones
Golpes
Cambio De Color

Ojos:

Perdida De Vision
Dolor De Ojo
Vision Borrosa

Garganta:

Boca Seca
Dolor De Garganta
Ronquera

Respiratorio:

Tos crónica
Bronquitis
Neumonía
Asma
Falta de aliento
Sibilancias
Respiración dificultosa
Cardiovascular
Palpitaciones
Historia del aneurisma
Manos frías de pies
Ataque al corazón
Carrera

Gastrointestinal:

Agruras
Náusea
Cambio en los hábitos
intestinales
Estreñimiento
Diarrea

Urinario:

Frecuencia
Urgencia
Incontinencia
Enuresis

Neurológico:

Mareo
Debilidad
Entumecimiento
Estremecimiento
Temblor
Pérdida de memoria
Depresión
Estrés
Sonando en las orejas
Implantes:
Marcapasos
Otros implantes
electrónicos
Reemplazo conjunto
Tornillos / Implantes
Metálicos

Otros síntomas:

Dolores de cabeza
Dolor de cuello
Músculos tensos
Espasmos musculares
Dolor en el brazo
Entumecimiento
Manos / Pies
Dolor entre hombros
Dolor abdominal
Dolor de cadera
Dolor en las piernas
Dolor de rodilla
Dolor o
entumecimiento del pie
Dolor de espalda media
Dolor muscular o
articular
Alergias

Huesos rotos y / o

Fracturas: _____

Trauma en la cabeza cuándo: _____

Cirugías: _____

Otras Enfermedades Graves: _____

Estas embarazada? Si / No

Estado De Fumar (círculo uno): Fumador diario/Fumador ocasional/Ex fumador/Nunca fumé

Está tomando actualmente algún medicamento?(Incluya medicamentos de venta libre que se usan regularmente)

Nombre Del Medicamento: _____ Dosis y Frecuencia (i.e. 5mg una vez al dia ect.)

Tiene alguna alergia a medicamentos?

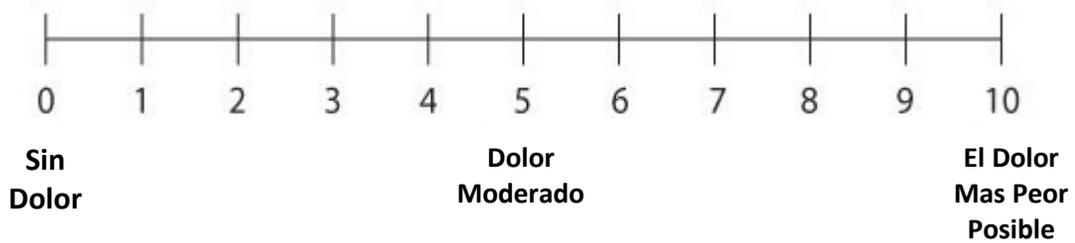
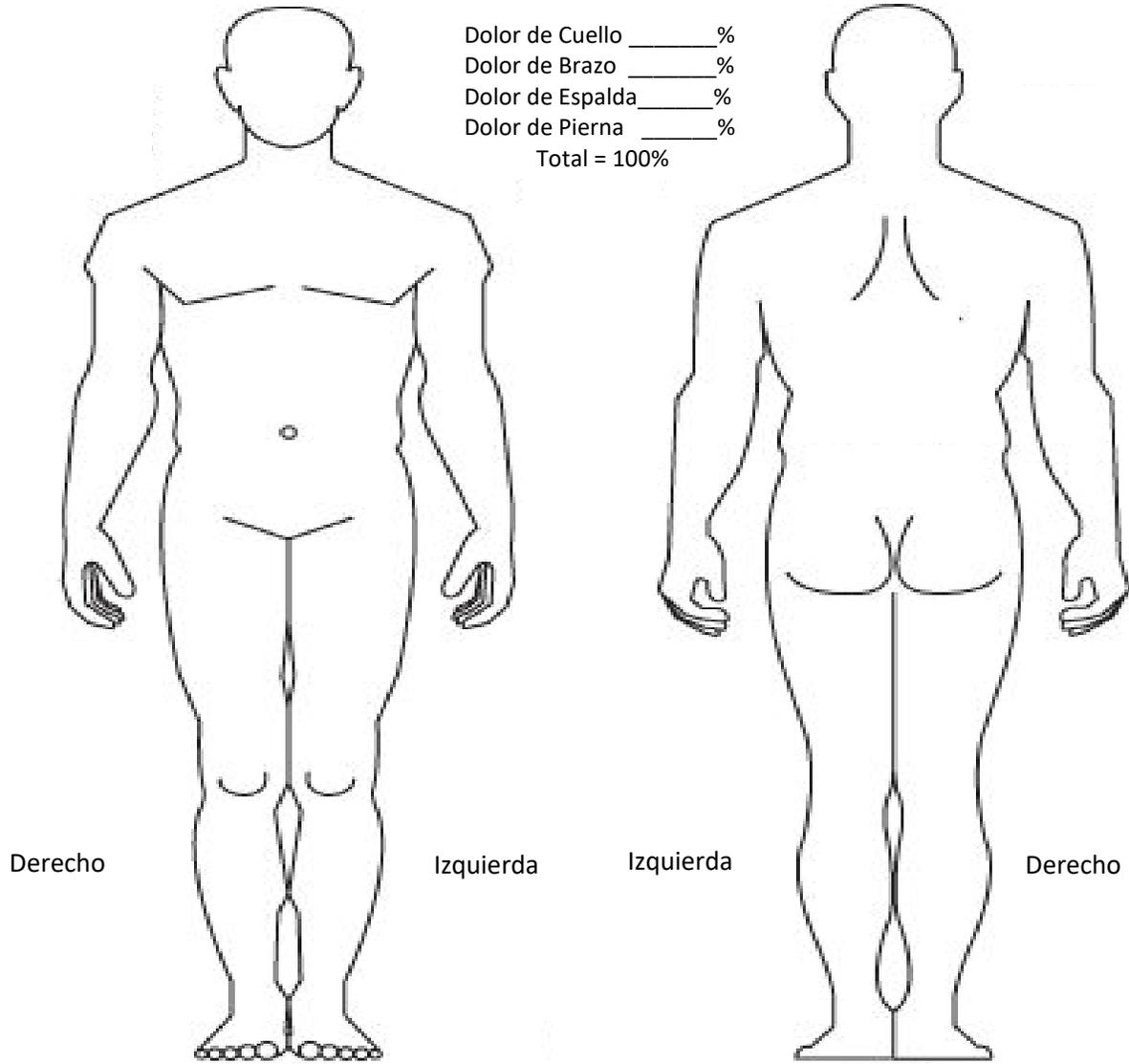
Nombre Del Medicamento: Reaccion: _____ Fecha: _____ Comentarios Adicionales

Firma De Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Anos: _____ Fecha: _____

¿Dónde está tu dolor ahora? Marque el área en el cuerpo donde siente las sensaciones descritas. Use el símbolo apropiado, marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas, Juts para completar la imagen, por favor

Dolor: ^^^ ^^^	Entumedo: ooo ooo	Hormigueo: [][] [][]	Ardiente: xxx xxx	Irradiando Dolor: /// ///
-------------------	----------------------	-------------------------	----------------------	------------------------------



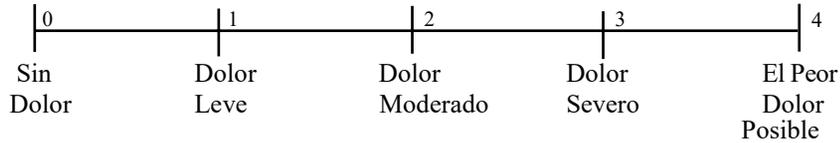
Indice De Clasificacion Funcional

Para usar solo con problemas De Cuello y/o Espalda

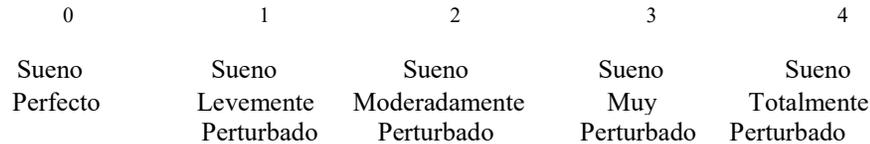
Para evaluar adecuadamente su condición, debemos comprender cuánto han afectado sus problemas de cuello y / o espalda a su capacidad para manejar las actividades cotidianas.

Para cada artículo a continuación, **Marque con un Círculo El Número Que Describa Mejor Su Condición en este Momento.**

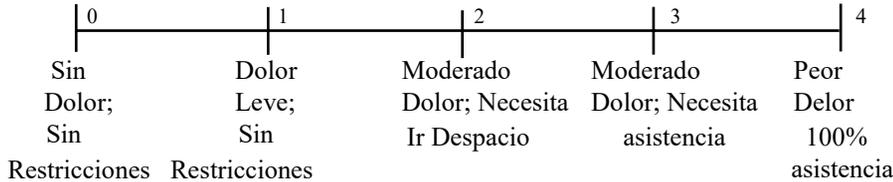
1. Intensidad del dolor



2. Dormido



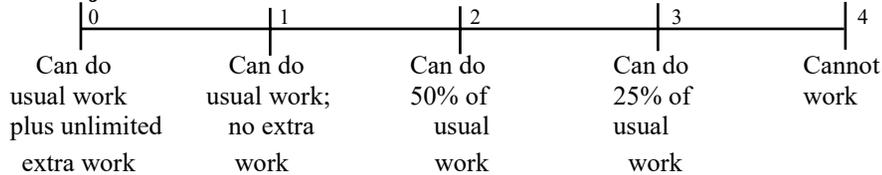
3. Cuidado personal (lavado, vestimenta, etc.)



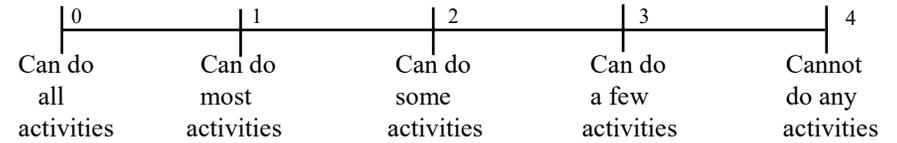
4. Viaje



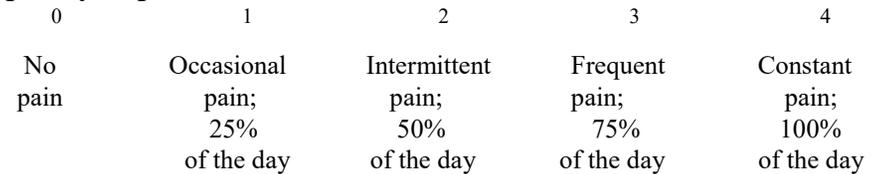
5. Trabaj



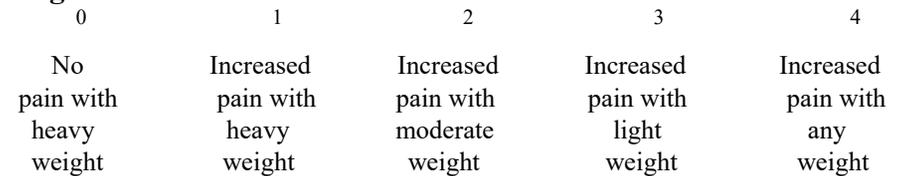
6. Recreation



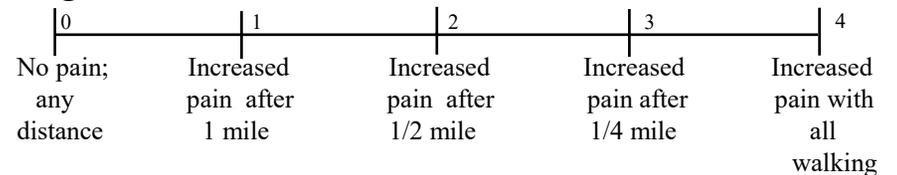
7. Frequency of pain



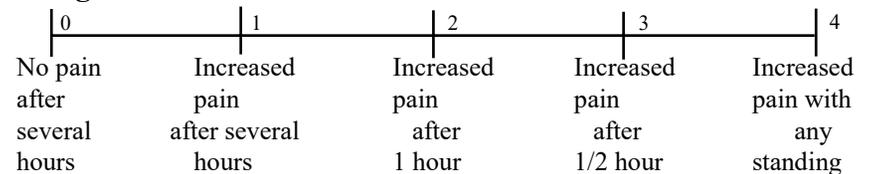
8. Lifting



9. Walking



10. Standing



Name _____

PRINTED

Signature _____

Date _____

Paciente nuevo () o Actualización ()

Heuser Chiropractic

Por Favor Imprimir:

Fue referido por: Médico () Amigo () Otro: () _____

Información de Paciente

Nombre: _____ Seguridad Social #: _____ - _____ - _____

Dirección de Envío(P.O Box) Anos _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: M ___ F ___

Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador de Paciente

Fecha De Herida: ___/___/___ Relacionado De Trabajo: Y ___ No ___

Nombre: _____ Dept: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero De Telefono: (_____) _____ - _____

INFORMACION DEL GARANTE

GARANTE EMPLEADOR

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Numero De Telefono: (_____) _____ - _____

Numero De Telefono: (_____) _____ - _____

SSN: _____ - _____ - _____ Nacimiento: ___/___/___

Relacion con el Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Nombre: _____

Numero De Telefono: (_____) _____ - _____

Numero De Telefono: (_____) _____ - _____

Relacion con el Paciente: _____

Relacion con el Paciente: _____

INFORMACION DE SEGURO

NUMERO DE GRUPO

1. _____

2. _____

3. _____

NECESITAREMOS UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ACTUAL PARA FACTURAR A SU PORTADOR DE SEGURO

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS - ACUERDO FINANCIERO

Por la presente, doy autorización para que el pago de los Beneficios del seguro se realice directamente a Heuser Chiropractic y a cualquier médico auxiliar y / o facturación de los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobranza y honorarios razonables de abogados. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Acepto que una fotocopia de este acuerdo será válida como la original.

TENGO EN CUENTA QUE ESTOS CARGOS SON ESTIMADOS SOLAMENTE Y QUE PUEDO RECIBIR FACTURACIÓN ADICIONAL.

Paciente, Padre, Guardiana

Firma: _____

Fecha: ___/___/___

Mes Dia Año