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: _____

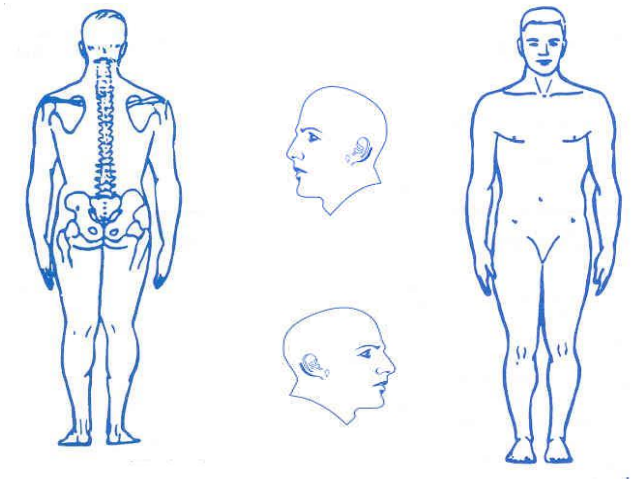
Número de Hogar: _____ Número de Celular: _____

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?

_____

_____

Describa 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:

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

_____

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

Actividades caseras afectadas: _____

(Por Favor Llene 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 quiropráctico 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 golpo (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 últimas 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: _____

Responsible por los Costos Económicos

Quién es responsable por su cuenta? ☐ Yo G 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: _____/_____/_____