

Información Confidencial Del Paciente

Nombre Completo _____ Teléfono de Casa _____ Celular _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil: C S V D Edad _____
Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ E Mail _____
Ocupación _____ Lugar de Empleo _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Nombre de su Esposo(a) _____ # de hijo(a) s _____
¿A Quien podemos agradecer por recomendarlo (a) a nuestra oficina? _____
¿Ha tenido tratamiento quiropráctico anteriormente? Si No Fecha _____

Esta lesión o enfermedad es relacionada con: Un accidente de Auto

Fecha: _____ Lugar: _____

Seguro de Auto: _____ Teléfono: _____

Seguro de auto a terceros: _____ Teléfono: _____

El pago debe de hacerse al recibir los servicios.

Forma de pagar: () Cheque () Efectivo () Tarjeta de Crédito () Care Credit

¿Porque Quiropráctica? Personas reciben tratamientos quiroprácticos por varias razones, algunas personas se atienden para aliviar los síntomas del dolor o síntomas de incomodidad (Tratamiento para Alivio). Otras personas están interesadas en encontrar y corregir la causa del problema, así no solo quitando el síntoma que causa pero eliminando el problema (Tratamiento para Corrección) su doctor analizara sus necesidades y deseos cuando recomiende el programa de su tratamiento.

TRATAMIENTOS PARA ALIVIAR

Los tratamientos para aliviar, **alivian** sus síntomas y dolor. Piense en un techo con goteras y si usted solo seca el piso sin corregir la causa - cuando vuelva a llover el piso se mojará otra vez. Aliviar sus dolores y síntomas no corrige el problema.

TRATAMIENTOS PARA CORREGIR

La meta del tratamiento correctivo es **corregir** el problema que esta causando sus dolores y síntomas. (Piense en arreglar en techo con goteras.) Corregir el problema también le **alivia** los síntomas y el dolor. El tratamiento para corregir varía en tiempo pero es más duradero.

Yo autorizo ha Ocon Family Chiropractic que me brinde los servicios necesarios:

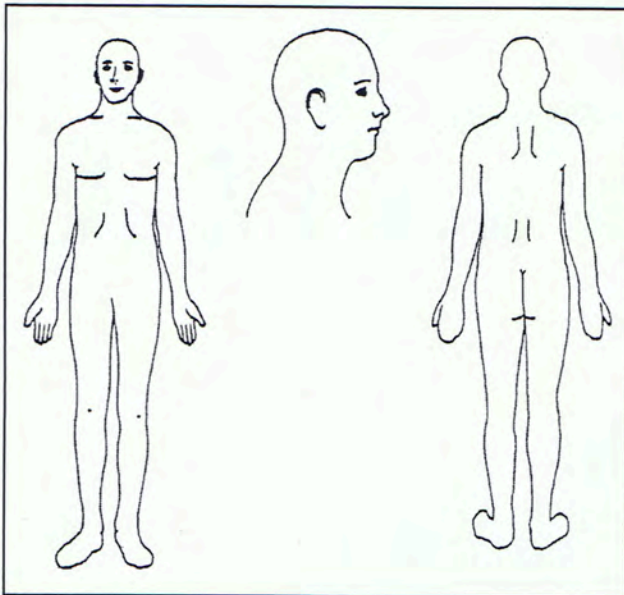
Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Guardián o esposo (a) que autoriza los tratamientos _____

¡GRACIAS POR PERMITIRNOS AYUDARLE!

Nombre: _____

Por favor marque con una "X" en el esquema donde se encuentra sus dolores.



¿Qué duele y por cuanto tiempo?

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

¿Cuándo cree que comenzaron estos problemas originalmente?

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

Anote los nombres de los quiroprácticos o los médicos que ha consultado por estas condiciones.

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de la cabeza | <input type="checkbox"/> Entumido/ Hormigueos |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis/ Alergias | <input type="checkbox"/> Nausea/ Vomito |
| <input type="checkbox"/> Problemas con visión | <input type="checkbox"/> Calambres en el estomago |
| <input type="checkbox"/> Dolores en los oídos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los pulmones | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva |
| <input type="checkbox"/> Problemas con presión del corazón | <input type="checkbox"/> Dolor o orina frecuente |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Color anormal de orina |
| <input type="checkbox"/> Próstata/ función anormal sexual | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas con menstruación | <input type="checkbox"/> Cáncer |

¿Estas embarazada? Sí No No sé