

Fecha: / /

Chart #: _____

Aplicacion Para Tratamiento y Historial

Seccion A - Informacion [] Favor de completar toda la informacion en su totalidad y corregir si es necesario:

Por favor indique el tipo de atencion deseada: Alivio Temporal Correccion Duradera Dr. Por Favor Sugiera

Nombre: _____ Inicial Medial: _____ Apellido: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Nombre del Doctor Familiar: _____

Marital Status _____ Numero de Seguro Social: _____

Numero de Telefono: _____ Numero del Trabajo: _____ Numero de Celular: _____

Correo Electronico: _____

Al proporcionar mi correo electronico, autorizo a mi doctor conctarme via correo electronico.

Metodo de Contacto Preferido: # de Telefono de casa # del Trabajo # de Celular Email Texto*

** Con mensajes de texto, pueden aplicarse tarifas.*

Nombre del Esposo (si es aplicable): _____ Telefono del Esposo: _____

Familiar (En caso de emergencia): _____ Telefono: _____

Lugar de Trabajo: _____ (si N/A checar una) Retirado Estudiante

Esta Embarazada: Si No Insegura N/A Si, Ginecologa: _____ Edad de los Ninos: _____

Seccion B - Dolencia Mayor []

Si usted de dolar, por favor marque el lugar donde le duela en las figuras de la parte inferior. Tambien describa la frecuencia del dolor, asi tambien cualquier actividad que agrave el dolor. Por ejemplo, dolor suave, agudo, constante, vience y va cuando se para, cuando se sienta, etc.

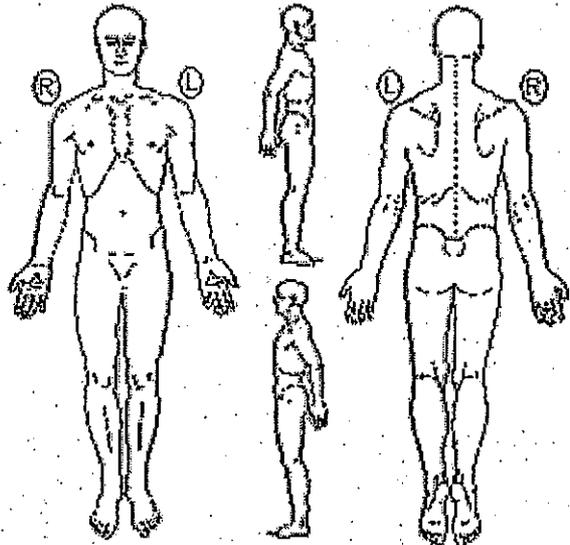
Dolencia Mayor

Por favor, describa brevemente solo su gran problema.

Por favor, no escribir por debajo de esta linea

●	/10	●	/10
O	_____	O	_____
P	_____	P	_____
Q	_____	Q	_____
R	_____	R	_____
S	_____	S	_____
T	_____	T	_____
●	/10	●	/10
O	_____	O	_____
P	_____	P	_____
Q	_____	Q	_____
R	_____	R	_____
S	_____	S	_____
T	_____	T	_____

COMPLETA ESTOS DIAGRAMAS



Cuando y Como se desarrollo esta condicion (Que lo causo? Como empezo?) _____

Que hace que su condicion empeore? _____

Que hace su condicion mejore? _____

Como esta condicion a afectado su vida? _____

Por favor escriba si ha tenido alguna operacion _____

Brevemente nombre sus problemas de salud principales: _____

Talla de Zapato: ____ Anchor: Chico Mediano Ancho Nivel de Actividad: Intenso Moderado Lijero

Seccion C []

Questionario de Verificacion (Escoja solo una de las preguntas circulando la pregunta, despues de la repuesta para esa pregunta.)

- Cual es el nombre de su mascota favorita? Ciudad de nacimiento? Nombre de Secundaria que atendio?
- Cual es su pelicula favorita? Cual es el nombre de su madre? Nombre de la calle donde crecio?
- Cual fue la marcade de su primer coche? Cuando es su aniversario?

Verificacion de repuesta a la pregunta elegida: _____

Respuesta deber ser al menos 6 caracteres.

Fuma usted actualmente tabacco de cualquier tipo? Actualmente Cada Dia Actualmente, a veces.
 Ex-fumador Nunca he sido fumador

En caso afirmativo, cual es su nivel de interes endejar de fumar?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ningun interes* *Muy Interesado*

Liste cualquier alergia conosida por la que ha tenido que tomar medicamento y como reacciono al medicamento:
Sino hay alergias, marque aqui:

- 1) Medicacion _____ Reaccion: _____
- 2) Medicacion _____ Reaccion: _____

Idioma Preferido: Ingles Espanol Chino Japonese Vietnamia Otro

Etnicidad: Negro/Africano-Estadounidense Asiatico Blanco Hispano/Latino Indios Americanos
 Otro Decido no especificar

Medicina actual, incluyendo la frecuencia de la dosis si seconose. Sino hay medicamentos actuales, marque aqui:

	Nombre	Dosis	Units	Cantidad	Frecuencia	Forma	Metodo	Cuando se Inicia
Ex	Maxalt	20	Mg	2 Pildoras	2x Daily	Pastilla	Boca	Agosto 2011
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Si necesita mas espacio, por favor, marque aqui y continuar en la parte posterior.

Algun doctor le a diagnosticado diabetes en la actualidad? Si No Si afirmativo, que tipo? Tipo I Tipo II

En caso afirmativo a la diabetes, los resultados de prueba sangre de hemoglobina A1c > 9.0? Si No Insegura

En caso afirmativo, otros comentarios sobre la diabetes: _____

Seccion D [] Consentimiento Para El Manejo Professional y Divulgacion de esta Informacion

Yo voluntariamente bereby autorizar al doctor y quien podrá designar como ayudantes de administrar un tratamiento, el examen físico y los estudios de rayos x, los procedimientos de laboratorio, atención quiropráctica o cualquier clínica servicios que él/la doctor considere necesarias en mi caso, y además le autorice el/la doctor a fin de revelar toda o cualquier parte de mí (paciente) registro a cualquier persona o empresa que es o puede ser responsable en virtud de un contrato a la clínica o al paciente o a un familiar o un empleador del paciente o de la totalidad o parte de la carga de la clínica, entre ellos, y no limitado a, hospital o servicios médicos las quejas, las compañías de seguros y compensación de los trabajadores transportistas, los fondos sociales, o el empleador del paciente.

Autorizo el pago de las prestaciones del seguro directamente a esta clínica o de los médicos. Yo autorizo el doctor para liberar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos y otros proveedores de servicios de salud y pensión alimenticia y de asegurar el pago de todos los costes de los servicios de salud, independientemente de la cobertura de los seguros, también entiendo que si me suspender o rescindir mi horario o la atención como se determina en mi tratamiento médico, las tarifas de servicios profesionales serán inmediatamente debido y pagadero.

Entiendo y estoy de acuerdo para permitir que esta oficina para utilizar su información médica de los pacientes con el fin de tratamiento, pago, operaciones de servicios de salud y de la coordinación de la atención. queremos que sepa cómo su información médica de los pacientes se va a utilizar en esta oficina y sus derechos de estos registros. Si le gustaría tener una relación más detallada de nuestras políticas y procedimientos con respecto a la privacidad de su información médica de los pacientes le animamos a leer la HIPPA AVISO que está a su disposición en recepción antes de la firma de este acuerdo.

Según tengo entendido la información anterior y que se garantice que este formulario se ha completado correctamente a lo mejor de mi conocimiento y comprenda que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en la información proporcionada.

Las tasas se pagan en el momento examen, rayos x, o cualquier otro tipo de tratamientos son recibidos, a no ser que se decida lo contrario por adelantado.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, tener un padre o tutor firmar si el paciente esta bajo 18 anos de edad.