

Health First Chiropractic Clinic, P.C. *Registración y Historia del Paciente*

Información del Paciente (Por favor imprima o circule Información necesaria)

Fecha de Hoy: _____ Nombre: _____ #Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Estado: Soltero Casado Divorciado Biudo

De S. Social: _____ Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____

Empleo: _____ # Tel. del Trabajo: _____ Nombre de Pareja: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de S. Social: _____ Ocupación: _____

A quien podemos dar le las gracias por referirlo aquí? _____

¿Nombre de persona a quien podemos llamar en caso de emergencia? _____

Relación con la persona: _____ # Tel. de Casa: _____ # Tel. de Trabajo: _____

¿Esta relacionado a un accidente su condición? Si No

¿Que tipo de accidente? Auto Empleo Casa Otra

¿A quien a reportado su accidenté? Asegurancia de Auto Empleo Wk Comp Otra

Información del Abogado (si relaciona al caso) (tan bien puede usar este espacio para Información o el número de caso): _____

Aseguranza Medica

¿Quien es responsable por su cuenta? _____ ¿Relación al paciente? _____

Nombre de Aseguranza: _____ # de Subscritidor: _____ # de Grupo: _____

¿Tiene el paciente aseguranza médica adicional? Si No

(Por favor llene lo siguiente si tiene aseguranza adicional)

Nombre del Subscritidor: _____ Relación al paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Aseguranza: _____ # de Subscritidor: _____ # de Grupo: _____

Firma de Expedientes

Yo autorizo uso de esta forma en todas mis sumisiones de aseguranza. Yo autorizo el uso de toda mi información a todas las compañía de mi aseguranza. Usted va a recibir el mejor cuidado necesario sin consideración o conocimiento de su plan de aseguranza y usted es responsable por saber lo que su aseguranza cubre. Nosotros someteremos un reclamo a su aseguranza como una cortesía a usted, pero si su aseguranza medica no cubre los servicios que recibirá usted es responsable por la cuenta. Yo entiendo que yo soy responsable por la factura. Yo le doy autorizo a Dr. Alan Szagesh de actuar como mi agente para ayudarme a obtener pago de la compania de aseguranza. Yo autorizo el pago directo a Health First Chiropractic Clinic, P.C. Yo permito el uso de copias de esta autorización en lugar del original.

Nombre: _____ Firma: _____

Marque X en las siguientes síntomas que tiene en frecuentemente o regularmente. Una historia completa y entendimiento de su estatus de salud facilitara su cuidado.

SIMPTOMAS GENERALES	GASTRO-INTESTINAL	OJOS	OIDOS	NARIS	GARGANTA	RESPIRATORIO
<input type="checkbox"/> dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> poco apetito	<input type="checkbox"/> pobre visión	<input type="checkbox"/> tos crónica	<input type="checkbox"/> visco	<input type="checkbox"/> escupe sangre	<input type="checkbox"/> escupe flemas
<input type="checkbox"/> fiebres	<input type="checkbox"/> digestión	<input type="checkbox"/> dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> dolor de oído	<input type="checkbox"/> dificultad en respirar	
<input type="checkbox"/> escalofríos	<input type="checkbox"/> hambre excesiva	<input type="checkbox"/> sordo mudo	<input type="checkbox"/> ruido en los oídos	<input type="checkbox"/> drenaje de los oídos	GENITO-ORINA	<input type="checkbox"/> orina frecuenté
<input type="checkbox"/> sudores de noche	<input type="checkbox"/> repite mucho o gases	<input type="checkbox"/> dolor de oído	<input type="checkbox"/> obstrucción de nariz	<input type="checkbox"/> sangra de la nariz	<input type="checkbox"/> dolor al orinar	<input type="checkbox"/> sangre en la orina
<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> ronco de garganta	<input type="checkbox"/> dolor de garganta	<input type="checkbox"/> dolor de garganta	<input type="checkbox"/> infección de riñones	<input type="checkbox"/> se orina en la cama
<input type="checkbox"/> mareos	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> inhabilidad de controlar la orina	<input type="checkbox"/> problemas de próstata
<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> sangre en el vomito	<input type="checkbox"/> terodias grandes	<input type="checkbox"/> anginas	<input type="checkbox"/> episodios grandes	SOLO PARA MUJERES	<input type="checkbox"/> periodos dolorosos
<input type="checkbox"/> perdida de sueño	<input type="checkbox"/> dolor de estomago	<input type="checkbox"/> anginas	<input type="checkbox"/> sinsunitis	<input type="checkbox"/> episodios grandes	<input type="checkbox"/> periodos excesivos	<input type="checkbox"/> ciclos irregulares
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> estreñido	PIEL	<input type="checkbox"/> espinillas en la piel	<input type="checkbox"/> comezón	<input type="checkbox"/> dolor espalda/calambres	<input type="checkbox"/> abortos involuntarios
<input type="checkbox"/> nerviosismo	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> moretones	<input type="checkbox"/> resequedad	<input type="checkbox"/> granos	<input type="checkbox"/> descargo vaginal	<input type="checkbox"/> ¿esta embarazada ahora?
<input type="checkbox"/> perdida de peso	<input type="checkbox"/> problemas del colon	<input type="checkbox"/> resequedad	<input type="checkbox"/> piel sensible	<input type="checkbox"/> ronchas	<input type="checkbox"/> ¿cuando nace el bebe? _____	
<input type="checkbox"/> hormigueó o dolor en las Manos/pies/brazos/piernas	<input type="checkbox"/> hemorroides	<input type="checkbox"/> granos	<input type="checkbox"/> eczema			
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> problemas del hígado	<input type="checkbox"/> piel sensible				
<input type="checkbox"/> pitido de garganta	<input type="checkbox"/> bilirrubina	<input type="checkbox"/> ronchas				
<input type="checkbox"/> pitido de garganta	<input type="checkbox"/> problemas de orina	<input type="checkbox"/> eczema				
COYUNTURAS & MUSCULOS	CARDIOVASCULAR					
<input type="checkbox"/> sentir debilidades	<input type="checkbox"/> latido rápido					
<input type="checkbox"/> moverse (ligeramente)	<input type="checkbox"/> latido despacio					
<input type="checkbox"/> cuello tieso	<input type="checkbox"/> presión alta					
<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> presión baja					
<input type="checkbox"/> coyunturas hinchadas	<input type="checkbox"/> dolor de corazón					
<input type="checkbox"/> temores	<input type="checkbox"/> problemas de corazón					
<input type="checkbox"/> problemas con los pies	<input type="checkbox"/> hinchazón de tobillos					
<input type="checkbox"/> dolor de columna	<input type="checkbox"/> pobre circulación					
<input type="checkbox"/> dolor entre hombros	<input type="checkbox"/> varices					
<input type="checkbox"/> hernia	<input type="checkbox"/> historia de embolia					

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES? MARQUE CON "X" SI TIENE, DEJE VACIO SI NO TIENE.

<input type="checkbox"/> apendicitis	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> enfermo del corazón	<input type="checkbox"/> artritis
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> HIV/sida	<input type="checkbox"/> alcoholismo
<input type="checkbox"/> viruela	<input type="checkbox"/> varicela	<input type="checkbox"/> sarampión	<input type="checkbox"/> polio
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> fiebre reumática	<input type="checkbox"/> tuberculosis
<input type="checkbox"/> vacunaciones	<input type="checkbox"/> anginas removidas	<input type="checkbox"/> tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> cirugía de sinusitis
<input type="checkbox"/> vesícula	<input type="checkbox"/> apéndice removida	<input type="checkbox"/> cirugía femeninas	<input type="checkbox"/> hernias
<input type="checkbox"/> cirugía del recto	<input type="checkbox"/> tiroidias	<input type="checkbox"/> cirugía de la espalda	<input type="checkbox"/> úlceras del estomago

EJERCICIO	ACTIVIDAD EN EL TRABAJO	HABITOS	HISTORIA DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> sentado hrs./día	<input type="checkbox"/> fuma paquetes/día	DIABETES _____
<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> parado hrs./día	<input type="checkbox"/> alcohol tragos/día	CORAZON _____
<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> labor liviana	<input type="checkbox"/> cafeína tazas/día	CANCER _____
<input type="checkbox"/> pesado	<input type="checkbox"/> labor pesado	<input type="checkbox"/> estrés razón	ESPALDA _____
		mama _____	
		papa _____	
		hermanos _____	

POR FAVOR DE LISTAR CUALQUIER ACIDENTES O CAIDAS: VEHICULO: _____

Deportes: _____ **Escuela:** _____

HUESOS ROTOS O DESACOMODADOS (FRACTURAS): _____

¿HA USADO MULETAS? SI NO ¿PORQUE? _____

¿HA TENIDO INYECCIONES EN LA ESPALDA O TRATO EN LA COLUMNA VERTEBRAL? SI NO PORQUE? _____

¿ALGUNA VEZ A ESTADO INCONSIENTE? SI NO ¿PORQUE? _____

¿ALGUNA VES A TENIDO PERDIDA DE MEMORIA? SI NO ¿PORQUE? _____

¿LE HAN TOMADO RADIOGRAFIAS ANTES? SI NO

¿HA VISITADO A UN QUIROPRACTICO ANTES? SI NO ¿A QUIEN? _____

¿CUANTO TIEMPO HACE DE QUE FUE A SU VISITA? _____ ¿PORQUE DEJO DE IR? _____

¿AL CORRIENTE ESTA TOMANDO ALGUNOS MEDICAMENTOS, VITAMINAS, HIERBAS, MINERALES? SI NO SI TIENE, POR FAVOR DE LISTARLAS AQUÍ: _____

GRACIAS POR SU CUPERACION EN LLENAR ESTA FORMA PARA AYUDARNOS A SERVIRLES MEJOR Y CUIDAR POR SU SALUD PRIMERO.