

DeCrescenzo Chiropractic, Inc

Today's Date _____
(Fecha)

1. Full Name _____ SS# _____
(Nombre) (Seguro Social)
2. Age _____ Date of Birth _____ Gender _____ Marital Status _____
(Edad) (Fecha de Nacimiento) (Sexo) (Estado Civil)
3. Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codico Postal)
4. Home Phone _____ Cell Phone _____ Occupation _____
(Telefono) (Celular) (Ocupacion)
5. Employer _____ For how long? _____ Work Phone _____
(Compania de Empleo) (Hace Cuanto Tiempo) (Telefono)
6. Contact in case of emergency _____ Phone _____
(Contacto en caso de emergencia) (Telefono)
-

Please mark off your symptoms:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neck Pain
(Dolor de cuello) | <input type="checkbox"/> Shoulder Pain
(Dolor de hombro) | <input type="checkbox"/> Headaches
(Dolor de cabeza) |
| <input type="checkbox"/> Arm Pain
(Dolor de brazo) | <input type="checkbox"/> TMJ (Jaw Pain)
(Dolor de mandibula) | <input type="checkbox"/> Numbness and Tingling in the hand
(Adormecimiento en las manos) |
| <input type="checkbox"/> Facial Pain
(Dolor de cara) | <input type="checkbox"/> Carpal Tunnel
(Dolor en las manos) | <input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis
(Sinocite cronica) |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain
(Dolor de pecho) | <input type="checkbox"/> Allergies
(Alergia) | <input type="checkbox"/> Rib Pain
(Dolor de costillas) |
| <input type="checkbox"/> Asthma
(Asma) | <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis
(Arthritis) | <input type="checkbox"/> Vertigo (Dizziness)
(Mareado) |
| <input type="checkbox"/> Sciatica
(Dolor ciatica) | <input type="checkbox"/> Ear Pain
(Dolor de oido) | <input type="checkbox"/> Leg Pain
(Dolor de piernas) |
| <input type="checkbox"/> Muscle Spasms
(Espasmo muscular) | <input type="checkbox"/> Mid-Back Pain
(Dolor de media espalda) | <input type="checkbox"/> Leg Cramps
(Calambre en las piernas) |
| <input type="checkbox"/> Knee Pain
(Dolor de rodillas) | <input type="checkbox"/> Ankle Pain
(Dolor de tobillos) | <input type="checkbox"/> Low Back Pain
(Dolor de espalda Baja) |
| <input type="checkbox"/> Hip Pain
(Dolor de cadera) | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis
(Dolor de huesos) | <input type="checkbox"/> Pregnant
(Embarassed) |
| <input type="checkbox"/> Numbness and Tingling in the feet
(Adomecimiento de los pies) | <input type="checkbox"/> Infection (Specify) _____
(Infeccion - Espificico) | |

175 Taunton Ave.
East Providence, RI 02914
401-435-2002

641 Armistice Blvd.
Pawtucket, RI 02861
401-725-2112

112 Douglas Ave. Suite 5
Providence, RI 02908
401-421-7414