

PACIENTE NUEVO CUESTIONARIO DE SEGURO

Fecha: _____ Referido por: _____
Nombre y Apellido: _____ Numero Social: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Coreo Electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted seguro medico? Si No Nombre del Seguro: _____

ID# _____ ¿Tiene usted un Health Savings Account (HSA/FSA)? Si No

Por favor provea copias de su tarjeta de Seguro Medico e Identificación a la Secretaria

¿Esta es su primera visita con un quiropráctico? Si No Cuando fue su ultima cita? _____

Ha sido usted un paciente de algunos de las oficinas de DeCrescenzo Chriopractic en el pasado? Si No

Que ubicación? _____ Cuando fue su ultima cita en nuestra oficina? _____

¿Esta embarazada? Si No Fecha de dar a luz: _____

¿A tenido usted un(a) Radiografía o MRI? Si No

Si su respuesta fue que si, indique el lugar y número de teléfono: _____

¿Tiene usted un doctor primario? Si No

Por favor indique el Nombre, Dirección Y Numero Telefónico: _____

Brevemente explique la razón de su visita: _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

En una escala del 1 – 10, 1 siendo casi sin dolor y 10 siendo mayor dolor, a cuanto califica su dolor hoy? _____

Por favor marque sus síntomas:

- Dolor de Cabeza Dolor de Hombro- Izquierda / Derecho Dolor de espalda baja Dolor de tobillo- Izquierdo/ Derecho Dolor de Cuello Dolor de Brazo – Izquierda / Derecha Ciática Túnel Carpal
- Vértigo (Mareos) Dolor de espalda media Dolor de Cadera Dolor de Mandíbula- Izquierda/ Derecho
- Dolor de Costilla Dolor de Pierna – Izquierda / Derecha Artritis Reumatoide
- Artritis Inflamatoria Dolor de Pecho Dolor de Rodilla – Izquierda / Derecha Osteoartritis
- Entumecimiento y Hormigueo en las Manos Entumecimiento y Hormigueo en los Pies
- Otro(a): _____

Nivel de Ejercicio (Por favor marque) Nada Moderado Diario Pesado

Actividad de Trabajo (Por favor marque) Sentado Parado Trabajo Ligero Trabajo Pesado

Uso de Tabaco No Si ___ paquetes por día **Uso de Alcohol** No Si ___ bebidas por semana

Alto Nivel de Estrés No Si (razón) _____

HISTORIAL DE SALUD:

Que tratamiento ha recibido para su condición? _____

Medicamentos Cirugía Fisioterapia Servicios quiroprácticos Ningún Otro: _____

Nombre y dirección de otro doctor(es) que lo ha tratado para su condición _____

Ha sido usted un paciente de algunos de las oficinas de DeCrescenzo Chiropractic en el pasado? Si No

Que ubicación? _____ Cuando fue su ultima cita en nuestra oficina? _____

Tiene antecedentes medicas con respecto a sus heridas actual? SI/NO Si selecciono si, por favor describa:

Por favor marque su historial medico:

- SIDA /VIH Anemia Apendicitis Artritis Asma Paperas
- Tumor Mamario Bronquitis Cáncer Polio Cataratas Diabetes
- Enfisema Epilepsia Glaucoma Bocio Gota Hepatitis
- Mononucleosis Ulceras Marcapasos Hernia Migraña Osteoporosis
- Amigdalitis Tuberculosis Neumonía Tos Ferina Tumores, Crecimiento
- Hernia De Disco Compresión De Nervio Enfermedad Renal Enfermedad Hepática Convulsiones
- Aborto Involuntario Esclerosis Múltiple Artritis Rheumatica Problema de la Próstata
- Atención Psiquiátrica Enfermedad Del Corazón Problemas De La Tiroides Desórden de la Sangre
- Enfermedad de Parkinsons Dependencia de Sustancias Químicas Derrame Cerebral
- Fracturas: en dónde? _____ cuando? _____ Otro(a): _____

CIRUJIAS PREVIAS:

MEDICAMENTOS:

ALLERGIAS:

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, tenemos algún cambio de salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Por favor, escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación al Paciente