

**Información Personal:** Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número Telefónico de Casa# \_\_\_\_\_  
 Celular# (para confirmar citas) \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_ Verizon \_\_\_ AT&T \_\_\_ T-Mobile \_\_\_ Sprint  
 Correo electronico (para confirmar citas) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_ Licencia de manejar # \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Estatus: Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Numero# \_\_\_\_\_  
 Persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
 Ocupacion \_\_\_\_\_ Refirido por \_\_\_\_\_

**Información de Salud:** Usted ha tenido cuidado quiropráctico antes? \_\_\_\_\_ Sí, ¿la fecha de la última visita? \_\_\_\_\_  
**Si está experimentando dolor (dolor de cuello, espalda media, espalda baja, etc.), problemas de salud, síntomas, y/o cejas, por favor de listar en la orden de severidad.**

1. \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

**El problema está** \_\_\_\_\_ emporiando \_\_\_\_\_ sigue igual? ¿Ha experimentado estas cejas mientras trabaja actualmente o en el pasado? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Hay otras actividades, incidentes, o eventos fuera del trabajo que pueden haber causado estos síntomas y problemas de salud.** S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
**Si, por favor de explicar:** \_\_\_\_\_

¿Otras condiciones médicas? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, por favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Cómo describirías su salud en general? \_\_\_ Malo \_\_\_ Bueno \_\_\_ Excelente

¿Está buscando cuidado de salud con otro proveedor? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, nombre de doctor \_\_\_\_\_

Contacto# \_\_\_\_\_ Han tenido recientemente rayos x o otros exámenes de laboratorio? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Número de hijos(as) \_\_\_\_\_ Anote seugias pasadas \_\_\_\_\_

**Por favor de marcar los medicamento (sin receta y / o recetado ) que está tomando:** \_\_\_ Aspirina/Tylenol \_\_\_ Pastillas de Dolor \_\_\_ Insulina \_\_\_ Relajantes Musculares \_\_\_ Pastillas Anticonceptivas \_\_\_ Pastillas para Dormir \_\_\_ Antidepresivos \_\_\_ Medicamentos de Esteroides (Prednisone, Cortisone) \_\_\_ Medicamento Anticoagulante \_\_\_ Otro (por favor de anotar) \_\_\_\_\_

**Usted:** Fuma S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_\_ Ejercicio Regular S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Tipo de Ejercicio \_\_\_\_\_

¿Tiene algunos de estos síntomas? (marque los síntomas que aplican) \_\_\_ Mareos \_\_\_ Dolor de Cabeza \_\_\_ Zumbido en los Oídos \_\_\_ Desmalleos \_\_\_ Diabetes

Presión Arterial \_\_\_ Enfermedad de Corazón \_\_\_ Enfermedad de Respiración

**Información de Aseguranza:** Do you currently have medical insurance? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, nombre de proveedor? \_\_\_\_\_

Para pacientes mayor de 65, está cubierto por Medicare? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Medicare ID# \_\_\_\_\_

¿Es su condición debido a un accidente? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Ha estado involucrado en un accidente de carro en los últimos 12 meses? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

¿Ha estado involucrado en un accidente de carro en los últimos 24 meses? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, ¿cuándo fue la fecha de su accidente? \_\_\_\_\_

¿Es su condición causada por un accidente de trabajo? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Si, ¿cuándo fue la fecha de su accidente? \_\_\_\_\_