

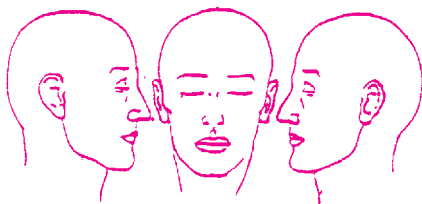
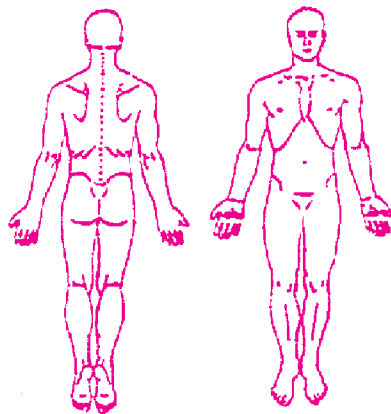
2. ¿Cuáles son sus hábitos?

Fumar
Consumo de Alcohol
Drogas Recreativas
Ejercicios

	Nunca	Ocasionalmente	Moderadamente	Excesivamente
Fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogas Recreativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. DIAGRAMA DE DOLOR

Favor de indicar en las figuras siguientes el área de su dolor



D. HISTORIAL MEDICO

1. ACERCA DE SU SALUD

a. ¿Ha sido usted examinado por un quiropráctico?

b. ¿Tiene usted un médico general?

c. MUJERES:

Según su entender, ¿está usted embarazada?

¿Visita usted regularmente la consulta de un ginecólogo?

d. ¿Ha sido usted hospitalizado en los últimos 5 años?

e. ¿Está usted tomando algún medicamento?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios (Aspirina, Motrin, etc.) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el Dolor/ Analgésicos |
| <input type="checkbox"/> Relajantes Musculares | <input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas |
| <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

	Sí	No
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Ha sufrido usted de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna Condición/Enfermedad Previa | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Fístula | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Alergia al Polen | <input type="checkbox"/> Serias Lesiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Dislocación de Coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anomalia en los Discos de la Columna |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Múltiple Esclerosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Alta Tensión | <input type="checkbox"/> Dificultad Mental/Emocional |
| <input type="checkbox"/> Baja Tensión | <input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> HIV/ARC | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas por Contacto Sexual | |

3. Historial Médico de la Familia

	Cáncer	Diabetes	Problemas de Corazón	Alta Presión	Derrame Cerebral	Múltiple Esclerosis	Dolores de Cabeza	Problemas de Cuello	Problemas de Columna Vertebral	Problemas de Discos Vertebrales	Artritis	Nervio Pinchado	Osteoporosis	Escoliosis	Mala Postura
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hermanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. INFORMACION ACERCA DE SU SEGURO

1. ¿Es su condición resultado de un accidente automovilístico?

Fecha en que Ocurrió

¿Ha usted completado un reporte de accidente?

2. ¿Es su condición resultado de un accidente en su lugar de trabajo?

Fecha en que Ocurrió

¿Ha usted completado un reporte de accidente?

3. ¿Tiene usted seguro médico?

Compañía

Nº. de Póliza

4. ¿Tiene usted cobertura a través del Seguro del Estado (Medicare)?

Nº. de Medicare

	Sí	No
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Yo entiendo y acepto que pólizas de salud y accidente son un acuerdo entre la compañía de seguro y mi persona. Además, entiendo que esta oficina preparará cualquier forma o reporte necesario para asistirme en ser compensado por la compañía de seguro y que cualquier cantidad autorizada a ser pagada directamente a esta oficina será acreditada a mi cuenta al ser recibida. No obstante, yo entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados a mi persona serán cargados directamente a mi cuenta y yo personalmente seré responsable por el pago. También entiendo que si suspendo o interrumpo el cuidado o tratamiento, cualquier cargo por servicio profesional prestado a mi persona será pagado inmediatamente.

F. FORMA DE PAGO

YO UTILIZARE LA SIGUIENTE FORMA DE PAGO

Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

MasterCard Visa American Express

Nº. de Cuenta Fecha de Vencimiento

Toda cuenta que no haya sido pagada en 90 días, será automáticamente cargada a su tarjeta de crédito

Firma del Paciente Fecha

Firma del Representante Legal o Espos(a) Fecha

Firma del Doctor Fecha