

Absolute

Chiropractic & Massage

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Telefono(casa) _____ # de celular _____ # Social _____
Nombre de Empleado _____ # de trabajo _____
En caso de emergencia contacte _____ Telefono _____
Numero de hijos _____
Por favor describa como sucedio su lesion

INFORMACION DE SEGURO

Compania de seguro (auto) _____ # de Poliza _____
Seguro Medico _____ # de I.D. _____
Usteda retenido un abogado? Si _____ No _____
Si es asi, su nombre y direccion _____
Usted perdio el conocimiento? _____ Si asi fue, por favor describa _____
Usted fue el: Conductor o Pasajero _____ Uso correa deseguridad? Si o No _____
Cual fue el dia y hora de su presente lesion? _____
En donde sintio dolor inmediatamente despues del accidente? _____
A donde se lo llevaron despues del accidente? _____
Ha recibido rayos-X o algun otro examen? ____ Si fue asi, por favor describa _____
Algun otro medico fue consultado despues del accidente? ____ si fue asi, nombre del doctor _____

Antes del accidente, usted era capaz de trabajar a igual con otros de su edad? Si No

Desde el accidente, sus actividades del trabajo han sido restringido? Si No

Desde el accidente, sus síntomas están Mejorando Empeorando Igual

Usted ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operación? Si No
Si fue así, por favor describa y de fechas aproximadas _____

Alguna vez se ha fracturado algún hueso? Si No
Si fue así, por favor describa y de fechas aproximadas _____

Alguna vez ha tenido una enfermedad seria o alguna lesión? Si No
Si fue así, por favor describa y de fechas _____

Por favor escriba las medicinas con y sin prescripción y vitaminas que usted está tomando:

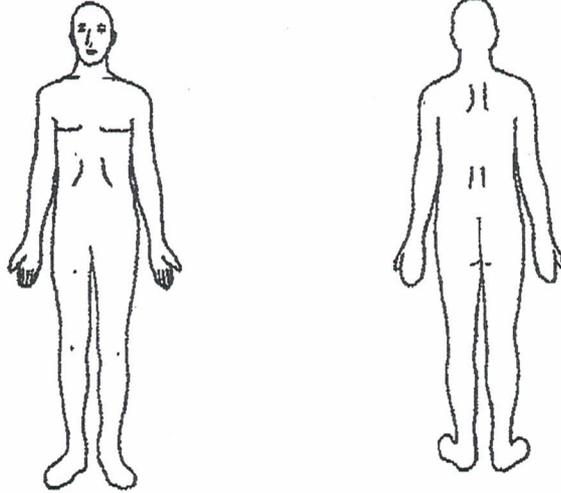
Ha sido envuelto en un accidente de auto? Si No
Si fue así, por favor describa y de fechas _____

Ha estado usted alguna vez bajo el cuidado de un quiropráctico? Si No

Nombre y dirección del doctor _____

Fecha del último ajuste _____

Por favor indique las áreas de dolor en las figuras abajo.



HISTORIA SOCIAL

Usted ejercita regularmente? Si No

Si lo hace, que es lo que hace y con que frecuencia? _____

Usted fuma? Si No Si lo hace, cuantos cajetillas al dia? _____

Usted consume alcohol? Si No Si lo hace, que tipo de licor, cuanto y con que frecuencia? _____

Usted consume café o te? Si No Si lo hace, es cafeinado? Si No

Con que frecuencia? _____

HISTORIA FAMILIAR

Los siguientes miembro de mi familia tienen la misma o una condición similar a la mía:

Madre Padre Hermano Hermana Espos(a) Hijo(a)

Algún miembro de su familia tiene una enfermedad seria? Si No

Si así lo es, por favor describa _____

Entiendo y estoy de acuerdo que las pólizas de seguro de accidentes y salud son un arreglo entre un agente de seguros y yo. Además, entiendo que el doctor va a preparar cualquier reportes y formularios que sean necesarios para ayudarme a coleccionar dinero de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a ser pagada directamente al doctor será acreditada a mi cuenta. Sin embargo, entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados serán cargados a mi directamente y que estoy obligado a pagar. También comprendo que si suspendo sus servicios, cualquier recargo por estos servicios serán pagados inmediatamente.

Por lo tanto autorizo al doctor que trate mi condición como vea necesario a través del uso manipulativo y/o fisioterápico a mi columna. Entiendo y estoy de acuerdo que la cantidad pagada al doctor por rayos-X es parte del examen y que los negativos son propiedad de la oficina de medicina donde estarán guardados para uso del paciente cuando quiera mientras este al cuidado del doctor. El paciente está de acuerdo también en pagar cualquier recibo de esta oficina. El doctor no se hace responsable de algún diagnóstico médico previo.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Guardian _____ Fecha _____
O Esposo(a) autorizando cuidado médico

SOLO PARA MUJERES

Con mi firma declaro con lo mejor de mi conocimiento que no sospecho estar ni estoy embarazada.

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A MENORES

Yo doy permiso a Kieran Collins, D.C. para que trate a mi hijo(a).

Firma del Padre, Madre o Guardian legal _____ Fecha _____