

ESCALANTE CHIROPRACTIC

Brenda D. Morales, D.C.

Nombre _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (casa) _____ Tel. Celular _____

Pager _____ E-mail Casa: _____ E-mail Trabajo: _____

de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____

Masculino Femenino Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) # de hijos _____ Nombre de esposo(a)(padre/madre) _____

¿Quién lo(a) refirió a nuestra clínica? _____

Empleo _____ Domicilio del Empleo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel. Trabajo _____ Ocupación _____

¿Ha obtenido tratamiento quiropráctico en el pasado? _____ Si sí, ¿cuándo? _____

Si está experimentando problemas de salud, por favor escriba sus quejas en orden de severidad (síntomas, dolor, etc.)

1. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

2. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

3. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

4. _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Escriba los nombres de doctores que ha consultado para estos problemas: 1. _____ 2. _____

Nombre de su médico familiar _____

¿Usted experimenta las quejas mencionadas durante el trabajo? Sí _____ No _____ Si sí, describa cuáles actividades en el trabajo causan su molestia o dolor: _____

¿Hay algunas actividades, incidentes o eventos fuera del trabajo que causan sus molestias o dolor? Sí _____ No _____ Si sí, describa en detalle: _____

Si su queja fue causada por un accidente, caída u otro tipo de trauma, ¿En qué fecha sucedió? _____

¿Su problema se ha estado mejorando, empeorando, o se ha quedado igual? _____

¿Cuáles actividades agravan su dolor? _____

¿Ha tenido alguna operación u hospitalización? _____ Si sí, ¿Dónde y cuándo?: _____

Por favor enliste otras lastimaduras que todavía no ha mencionado : _____

Por favor indique cualquier medicamento/receta que esté tomando ahorita: Aspirina/Tylenol Med. para el dolor Relajantes para los músculos

Insulina Tranquilizadores Pastillas anticonceptivas Otras _____

¿Ha sufrido un accidente automovilístico en los últimos doce meses? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____

Seguro médico _____ Nombre del asegurado _____

Domicilo del seguro _____ Número de la póliza _____

Seguro médico de su esposo(a) _____ Nombre de asegurado _____

Domicilo del seguro _____ Numero de la póliza _____