

# 1Health First Chiropractic Clinic, P.C. *Registración y Historia del Paciente*

## *Información del Paciente (Por favor imprima o circule Información necesaria)*

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ #Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado: Soltero Casado Divorciado Biudo

# De S. Social: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ # Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre de Pareja: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de S. Social: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

A quien podemos dar le las gracias por referirlo aquí? \_\_\_\_\_

¿Nombre de persona a quien podemos llamar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_ # Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ # Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Esta relacionado a un accidente su condición? Si No

¿Que tipo de accidente? Auto Empleo Casa Otra

¿A quien a reportado su accidenté? Asegurancia de Auto Empleo Wk Comp Otra

Información del Abogado (si relaciona al caso) (tan bien puede usar este espacio para Información o el número de caso): \_\_\_\_\_

## *Aseguranza Medica*

¿Quien es responsable por su cuenta? \_\_\_\_\_ ¿Relación al paciente? \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Subscritidor: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente aseguranza médica adicional? Si No

(Por favor llene lo siguiente si tiene aseguranza adicional)

Nombre del Subscritidor: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Subscritidor: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

## *Firma de Expedientes*

Yo autorizo uso de esta forma en todas mis sumisiones de aseguranza. Yo autorizo el uso de toda mi información a todas las compañía de mi aseguranza. Usted va a recibir el mejor cuidado necesario sin consideración o conocimiento de su plan de aseguranza y usted es responsable por saber lo que su aseguranza cubre. Nosotros someteremos un reclamo a su aseguranza como una cortesía a usted, pero si su aseguranza medica no cubre los servicios que recibirá usted es responsable por la cuenta. Yo entiendo que yo soy responsable por la factura. Yo le doy autorizo a Dr. Szagesh de actuar como mi agente para ayudarme a obtener pago de la compañía de aseguranza. Yo autorizo el pago directo a Health First Chiropractic Clinic, P.C. Yo permito el uso de copias de esta autorización en lugar del original.

Yo reconozco que el Dr. Szagesh de Health First Chiropractic Clinic, PC puede / se me ajuste y discutir mis condiciones y régimen de tratamiento en una zona de ajuste conjunta. Si tiene alguna pregunta, desea ajustar, o para hablar de mi salud en privado que tiene la opción de hacer una cita con el médico en una consulta privada / sala de ajuste.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Marque X en las siguientes síntomas que tiene en frecuentemente o regularmente. Una historia completa y entendimiento de su estatus de salud facilitara su cuidado.**

<b>SIMPOTOMAS GENERALES</b>	<b>GASTRO-INTESTINAL</b>	<b>OJOS</b>	<b>OIDOS</b>	<b>NARIS</b>	<b>GARGANTA</b>	<b>RESPIRATORIO</b>
<input type="checkbox"/> dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> poco apetito	<input type="checkbox"/> pobre visión	<input type="checkbox"/> tos crónica	<input type="checkbox"/> visco	<input type="checkbox"/> escupe sangre	<input type="checkbox"/> escupe flemas
<input type="checkbox"/> fiebres	<input type="checkbox"/> digestión	<input type="checkbox"/> dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> dificultad en respirar	
<input type="checkbox"/> escalofríos	<input type="checkbox"/> hambre excesiva	<input type="checkbox"/> sordo mudo	<input type="checkbox"/> dolor de oído	<input type="checkbox"/> dolor de oído		
<input type="checkbox"/> sudores de noche	<input type="checkbox"/> repite mucho o gases	<input type="checkbox"/> ruido en los oídos	<input type="checkbox"/> drenaje de los oídos	<input type="checkbox"/> obstrucción de nariz	<b>GENITO-ORINA</b>	
<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> dolor de oído	<input type="checkbox"/> sangra de la nariz	<input type="checkbox"/> dolor de garganta	<input type="checkbox"/> orina frecuenté	
<input type="checkbox"/> mareos	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> ronco de garganta	<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> dolor al orinar	
<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> sangre en el vomito	<input type="checkbox"/> problemas del colon	<input type="checkbox"/> resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> terodias grandes	<input type="checkbox"/> sangre en la orina	
<input type="checkbox"/> perdida de sueño	<input type="checkbox"/> dolor de estomago	<input type="checkbox"/> hemorroides	<input type="checkbox"/> anginas	<input type="checkbox"/> sinusinitis	<input type="checkbox"/> infección de riñones	
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> estreñido	<input type="checkbox"/> problemas del hígado	<b>PIEL</b>	<input type="checkbox"/> espinillas en la piel	<input type="checkbox"/> se orina en la cama	
<input type="checkbox"/> nerviosismo	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> problemas del hígado	<input type="checkbox"/> comezón	<input type="checkbox"/> moretones	<input type="checkbox"/> inhabilidad de	
<input type="checkbox"/> perdida de peso	<input type="checkbox"/> problemas de orina	<input type="checkbox"/> bilirrubina	<input type="checkbox"/> resequedad	<input type="checkbox"/> granos	<input type="checkbox"/> controlar la orina	
<input type="checkbox"/> hormigueó o dolor en las			<input type="checkbox"/> piel sensible	<input type="checkbox"/> ronchas	<input type="checkbox"/> problemas de próstata	
<input type="checkbox"/> Manos/pies/brazos/piernas			<input type="checkbox"/> eczema		<b>SOLO PARA MUJERES</b>	
<input type="checkbox"/> alergias					<input type="checkbox"/> periodos dolorosos	
<input type="checkbox"/> pitido de garganta					<input type="checkbox"/> periodos excesivos	
<b>COYUNTURAS &amp; MUSCULOS</b>	<b>CARDIOVASCULAR</b>				<input type="checkbox"/> ciclos irregulares	
<input type="checkbox"/> sentir debilidades	<input type="checkbox"/> latido rápido				<input type="checkbox"/> sudores	
<input type="checkbox"/> moverse (ligeramente)	<input type="checkbox"/> latido despacio				<input type="checkbox"/> dolor espalda/calambres	
<input type="checkbox"/> cuello tieso	<input type="checkbox"/> presión alta				<input type="checkbox"/> abortos involuntarios	
<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> presión baja				<input type="checkbox"/> descargo vaginal	
<input type="checkbox"/> coyunturas hinchadas	<input type="checkbox"/> dolor de corazón				<input type="checkbox"/> ¿esta embarazada ahora?	
<input type="checkbox"/> temores	<input type="checkbox"/> problemas de corazón				<input type="checkbox"/> ¿cuando nace el bebe? _____	
<input type="checkbox"/> problemas con los pies	<input type="checkbox"/> hinchazón de tobillos					
<input type="checkbox"/> dolor de columna	<input type="checkbox"/> pobre circulación					
<input type="checkbox"/> dolor entre hombros	<input type="checkbox"/> varices					
<input type="checkbox"/> hernia	<input type="checkbox"/> historia de embolia					

**¿TIENE O HA TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUENTES? MARQUE CON "X" SI TIENE, DEJE VACIO SI NO TIENE.**

<input type="checkbox"/> apendicitis	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> enfermo del corazón	<input type="checkbox"/> artritis
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> HIV/sida	<input type="checkbox"/> alcoholismo
<input type="checkbox"/> viruela	<input type="checkbox"/> varicela	<input type="checkbox"/> sarampión	<input type="checkbox"/> polio
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> fiebre reumática	<input type="checkbox"/> tuberculosis
<input type="checkbox"/> vacunaciones	<input type="checkbox"/> anginas removidas	<input type="checkbox"/> tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> cirugía de sinusitis
<input type="checkbox"/> vesícula	<input type="checkbox"/> apéndice removida	<input type="checkbox"/> cirugía femeninas	<input type="checkbox"/> hernias
<input type="checkbox"/> cirugía del recto	<input type="checkbox"/> tiroidias	<input type="checkbox"/> cirugía de la espalda	<input type="checkbox"/> úlceras del estomago

**EJERCICIO ACTIVIDAD EN EL TRABAJO HABITOS HISTORIA DE FAMILIA**

<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> sentado hrs./día	<input type="checkbox"/> fuma paquetes/día	<b>DIABETES</b>	<b>CORAZON</b>	<b>CANCER</b>	<b>ESPALDA</b>
<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> parado hrs./día	<input type="checkbox"/> alcohol tragos/día	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> labor liviana	<input type="checkbox"/> cafeina tazas/día	mama	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> pesado	<input type="checkbox"/> labor pesado	<input type="checkbox"/> estrés razón	papa	_____	_____	_____
			hermanos	_____	_____	_____

**POR FAVOR DE LISTAR CUALQUIER ACIDENTES O CAIDAS: VEHICULO:** \_\_\_\_\_

**Deportes:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

**HUESOS ROTOS O DESACOMODADOS (FRACTURAS):** \_\_\_\_\_

**¿HA USADO MULETAS? SI NO ¿PORQUE?** \_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO INYECCIONES EN LA ESPALDA O TRATO EN LA COLUMNA VERTEBRAL? SI NO PORQUE?** \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA VEZ A ESTADO INCONSIENTE? SI NO ¿PORQUE?** \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA VES A TENIDO PERDIDA DE MEMORIA? SI NO ¿PORQUE?** \_\_\_\_\_

**¿LE HAN TOMADO RADIOGRAFIAS ANTES? SI NO**

**¿HA VISITADO A UN QUIROPRACTICO ANTES? SI NO ¿A QUIEN?** \_\_\_\_\_

**¿CUANTO TIEMPO HACE DE QUE FUE A SU VISITA? \_\_\_\_\_ ¿PORQUE DEJO DE**

**IR?** \_\_\_\_\_

**¿AL CORRIENTE ESTA TOMANDO ALGUNOS MEDICAMENTOS, VITAMINAS, HIERBAS, MINERALES? SI NO SI TIENE,**

**POR FAVOR DE LISTARLAS AQUÍ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU CUPERACION EN LLENAR ESTA FORMA PARA AYUDARNOS A SERVIRLES MEJOR Y CUIDAR POR SU SALUD PRIMERO.**