

## HISTORIA DE PACIENTE (ENTRADA /ACTUALIZACIÓN)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil S C D V

Telf: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Proveedor de cuidados primarios \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

**Es su condición relacionada con:** VEHÍCULO TRABAJO HOGAR RESBALAR/CAER LEVANTAR DORMIR MAL  
CAUSA DESCONOCIDA OTRAS EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO:** DINERO SEGURO MEDICARE COMPAÑÍA DE TRABAJO LESIÓN PERSONAL (AUTO SEG.)

### **(POR FAVOR MOSTRAR DATOS DE SEGURO VIGENTES Y LICENCIA DE CONDUCIR/IDENTIFICACIÓN)**

Nuestra oficina le proveerá servicios pagos de seguro como cortesía. Sus beneficios de seguro de salud están basados en un contrato entre usted y su proveedor de seguros de salud y todos los beneficios citados no son garantía de pago. Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos de mi compañía de seguros al Dr. David M. Warwick, Warwick Chiropractic, o a quienquiera que proporcione servicios médicos en esta oficina. También autorizo la publicación de información médica necesaria o de cualquier otro tipo para procesar esta concesión. También pido pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepte la asignación.

Entiendo que se harán todos los esfuerzos por cobrar a mi compañía de seguros y la determinación final de pago será hecha sólo cuando las concesiones sean recibidas y procesadas. Entiendo que todas y cada una de las cantidades que no sean pagadas por mi compañía de seguros serán mi responsabilidad y acepto a pagarlas en 30 días. Así mismo accedo a que cada cheque de reembolso que yo reciba directamente de la compañía de seguro (generalmente si el Dr. Warwick no está disponible), será transferido al Dr. David Warwick en su totalidad, en un máximo de 10 días desde que lo reciba. Si debiera un deducible o un co-pago por mi tratamiento, accedo a hacer todos los esfuerzos razonables para pagar al momento del servicio, al menos que se haya acordado previamente lo contrario. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, co-pago, coseguro y/ o cualquier otro balance que no sea cubierto por mi contrato o pagado por mi proveedor de seguros.

Entiendo que los accidentes de tráfico y casos de compensación laborales con balances pendientes después de un año, serán cobrados con una tasa de 12% de interés anual. También entiendo que soy responsable por cargos de gravamen asociados con presentar gravámenes médicos en la corte.

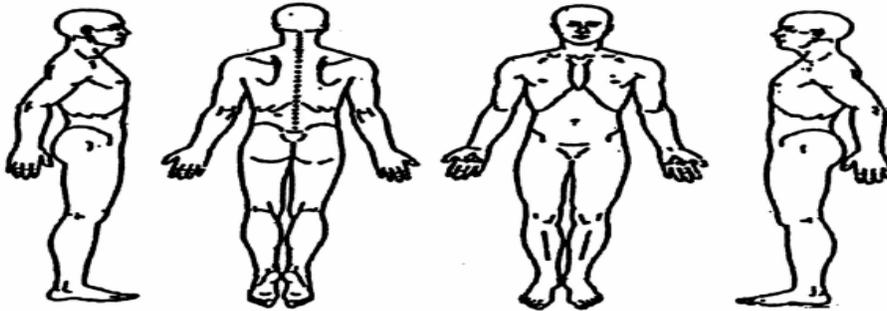
Reconozco que he recibido el Acuerdo de Privacidad de las prácticas para información de salud protegida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Como miembro de ChiroTrust™, nuestra oficina ha tomado el compromiso ChiroTrust Pledge™ para dar a nuestros pacientes cuidado quiropráctico conveniente y asequible, sin la necesidad de planes y/o terapias de largo plazo. Para más información al respecto, visite [www.Chiro-Trust.org](http://www.Chiro-Trust.org). Gracias. Dr. David Warwick

**Encierre en un círculo y marque todas las áreas de preocupación y califique la severidad del dolor (1 a 10):**



CUELLO - ESPALDA MEDIA - ESPALDA BAJA - SACROILIACO - DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA - DOLOR CIÁTICO/RADICULAR

EXTREMIDADES SUPERIORES: HOMBRO / BRAZO / MANO    EXTREMIDADES INFERIORES: MUSLO / PIERNA / PIE

Tipos de Síntomas: Dolor: Ligero/Agudo/Punzante/Palpitante/Intenso    Ardor    Hinchazón    Espasmos    Tensión  
Entumecimiento    Hormigueo    Pulsaciones eléctricas    Alfileres y agujas    Otros \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia siente estos síntomas?

Intermitentemente (0-25% del tiempo)    Ocasionalmente (26-50% del tiempo)

Frecuentemente (51-75% del tiempo)    Constantemente (75-100% del tiempo)

¿Cuándo comenzó el dolor o lesión? \_\_\_\_\_

¿Están los síntomas    MEJORANDO    IGUAL    PEOR    SIN CAMBIOS? \_\_\_\_\_

¿Qué EMPEORA su condición? \_\_\_\_\_

¿Qué ALIVIA su condición? \_\_\_\_\_

¿Qué terapias ha probado? \_\_\_\_\_

¿Qué medicinas con prescripción/sin prescripción ha tomado? \_\_\_\_\_

Enfermedades anteriores / Hospitalización / Historial médico anterior:: \_\_\_\_\_

Otros aspectos de interés: \_\_\_\_\_

**NOTAS DEL DOCTOR:**

PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ PRESIÓN SANGUINEA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm/Hg PULSO \_\_\_\_\_ BPM

PRUEBA(S) DE EQUILIBRIO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ LBS OJOS ABIERTOS/CERRADOS/PIERNAS LEVANTADAS- LT RT BRAZO(S) \_\_\_\_\_