

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.

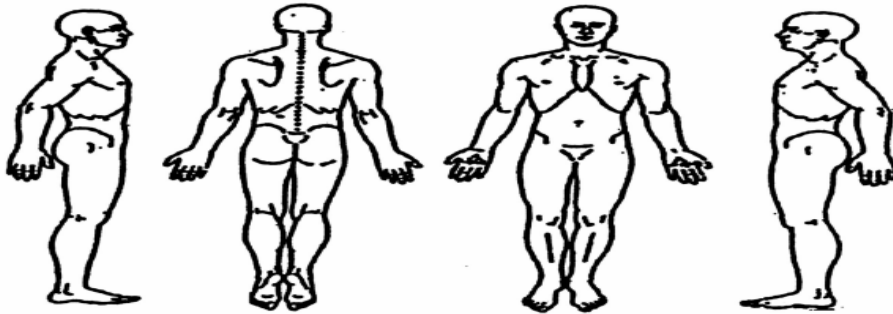
Reconozco que he recibido el Acuerdo de Privacidad de las prácticas para información de salud protegida.

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. 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) _____