

Aplicacion Para Atencion En Braddock Chiropractic Y Family Wellness

Por favor completa todos los campos requeridos

*Todo su informacion es confidencial. Nosotrom cumplimos con todas las normas
federalses de priviso.*

1) Nombre Completo:

2) Fecha de Nacimiento:

3) Edad:

4) Genero:

Hombre

Mujer

5) Direccion:

6) Ciudad:

7) Estado:

8) Codigo Postal:

9) Direccion de Correo Electronico:

10) Numero de Telefono:

11) Estado Civil:

Solteroa

Casado

12) Nombre de la esposa:

13) Numero de Seguridad Social:

14) Numero de Licencia:

15) Ocupacion:

16) Tiene Seguro?

Si

No

17) A quien podemos agradecer por recomendarle?

Remitente

Television

Instagram

Facebook

Otro

18) Quien lo refirio?

19) Nombre y Numero de Contacto de Emergencia:

20) Relacion con el Contacto de Emergencia:

21) Queja Primaria:

22) En Una Escala de 1 a 10 Como Calificaria Este Dolor:

1

- 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
-

23) Cuando Empezo?

24) Como Empezo?

25) Tiene una segunda queja?

- Si
 - No
-

26) Queja Secundaria:

27) En Una Escala de 1 a 10 Como Calificaria Este Dolor:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

10

28) Cuando Empezo?

29) Como Empezo?

30) Tiene una tercera queja?

Si

No

31) En Una Escala de 1 a 10 Como Calificaria Este Dolor:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

32) Cuando Empezo?

33) Como Empezo?

34) Que alivia sus sintomas?

35) Que Los Hace Sentir Peor?

36) Es Su Problema el Resultado de CUALQUIER Tipo de Accidente?

Si

No

37) Describe tu accidente:

38) Como Afecta Esto a Sus Actividades Diarias? Por ejemplo, mientras esta en el trabajo o mientras maneja:

39) Ha sufrido con esto o un problema similar en el pasado?

Si

No

40) Cuantas veces?

41) Cuando fue el ultimo episodio?

42) Cuando fue tu ultimo examen quiropractico?

43) Quien era el quiropractico?

44) Como fue tu experiencia quiropractica?

Favorable

Desfavorable

45) Por favor explique por que se sintio de esa manera:

Si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones, indique si fue en el pasado, actual o nunca:

46) Apoplejia:

- Pasado
 Ahorita
 Nunca
-

47) Fractura:

- Pasado
 Ahorita
 Nunca
-

48) Dislocacion:

- Pasado
 Ahorita
 Nunca
-

49) Tumor:

- Pasado
 Ahorita
 Nunca
-

50) Cancer:

- Pasado
 Ahorita
 Nunca

51) Ataque de corazón:

- Pasado
 - Ahorita
 - Nunca
-

52) Artritis Osteo:

- Pasado
 - Ahorita
 - Nunca
-

53) Diabetes:

- Pasado
 - Ahorita
 - Nunca
-

54) Otras condiciones graves:

- Pasado
 - Ahorita
 - Nunca
-

Por favor, identifique todas las condiciones PASADAS y PRESENTES que considere que pueden estar contribuyendo a sus problemas presentes

55) Lesiones/Accidentes:

56) Cirugías:

57) Enfermedades de la Infancia:

58) Medicamentos nombre/razon/cuanto tiempo para cada uno:

59) Si fumas, con que frecuencia?

- Diario
 - Fin de semanas
 - Ocasionalmente
 - No fumo
-

60) Si consume bebidas alcoholicas, con que frecuencia?

- Diario
 - Fin de semanas
 - Ocasionalmente
 - No consumo bebidas alcoholicas
-

61) Si usas Drogas Recreativas, con que frecuencia?

- Diario
 - Fin de semanas
 - Ocasionalmente
 - No uso drogas recreativas
-

62) Como afecta su problema actual lo siguiente: pasatiempos, actividades recreativas, ejercicio?

63) Alguien en su familia sufre con la mismas condiciones?

- Si

No

64) Quien de tu familia sufre las mismas condiciones?

Abuela

Abuelo

Mama

Papa

Hermana

Hermano

Hijo

Hija

65) Alguna vez han sido tratados por su condicion?

Si

No

66) Cualquier otra afeccion hereditaria que el mdico debe tener en cuenta?

Si

No

67) Explique cualquier otra afeccion hereditaria:

Consentimiento Informado

Autorizo que el pago se realice directamente a Braddock Chiropractic por todos los beneficios que puedan ser pagaderos bajo un plan de salud o de cualquier otra fuente colateral. Autorizo la utilización de esta solicitud o copias de la misma con el propósito de procesar reclamos y efectuar pagos, y además reconozco que esta asignación de beneficios no me exime de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que permaneceré financieramente responsable de Braddock Chiropractic por

todos y cada uno de los servicios que recibo en esta oficina. La información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Riesgos materiales inherentes a los ajustes quiropracticos. Asi como en todo procedimiento en el cuidado de la salud, hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante lamanipulacion quiropractica. Esas complicaciones pueden incluir: fracturas, lesion de disco, d

68) MUJERES: por favor lea atentamente, reconozca las declaraciones con su firma electronica si entiende y no tiene mas preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista o pongase en contacto con nuestra oficina para obtener ms explicaciones. El primer da de mi ultimo ciclo menstrual fue en:

69) MUJERES: Me han proporcionado una explicacin completa de cuando es mas probable que quede embarazada, y hasta mi conocimiento, no estoy embarazada.

Si

70) He ledo y acepto el Consentimiento informado:

Si

71) Firma: