

Midvale Chiropractic Orrin C. Smith, DC Chiropractic Physician
1685 W. Valencia #101 Tucson, AZ 85746 (520) 889-9631 Fax (520) 295-0385
Registro de Paciente y Cuestionario

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO NOMBRE

Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Masculino Femenino Seguro Social : _____

Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____ Estado Civil: C V D S
Cantidad de Hijos _____

Tel. de Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

Tel. de Empleador: (_____) _____ Nombre de Esposa/o: _____

Ocupacion: _____ Empleador de Esposa/o: _____

En caso de emergencia, notifique _____ Relacion: _____ Telefono(_____) _____

Razon por visita a oficina: _____

El dia especifico que empezo con sus sintomas: _____

Que hace que sus sintomas **mejoren**? _____ Que hace que sus sintomas empeoren? _____

Cual es la calidad de su sintoma? (**dolor, quemadura, etc**): _____

Son sus sintomas en un solo lugar o se mueve el dolor? _____

Son sus sintomas: Constante >76% Frecuente 51-75% Ocasional 26-50% Intermediante <25% de las horas despierto/a

Por favor anote todos los medicamentos y dosis: **Frecuencia** **Para Que Enfermedad?**

Liste cualquier alergia a medicamentos, comida u otras cosas: _____

Esta embarazada? Si No Primer dia del ultimo ciclo menstrual: _____

Fuma? Si No; Cuanto? _____ Toma? Si No; Cuanto? _____

Por favor anote serios accidentes y enfermedades: **Año y Mes** **Estado y cuidad**

Por favor anote exámenes de laboratorio y rayos-x: **Fecha** **Doctor**

Midvale Chiropractic Orrin C. Smith, DC Chiropractic Physician
1685 W. Valencia #101 Tucson, AZ 85746 (520) 889-9631 Fax (520) 295-0385

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____ AM _____ PM _____

Lugar especifico del accidente: _____

Describe con detalle, y en sus propias palabras, como ocurrio el accidente: _____

En el accidente fue usted el: Conductor Pasajero Peaton Otro? _____

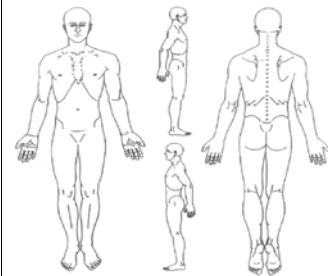
Su auto golpeo al otro vehiculo? Si No Fue el otro vehiculo que le golpeo su vehiculo? Si No

Fue golpeado: Atras Enfrente De lado Lado de Conductor Lado pasajero

Multa de trafico fue dado a: Usted El chofer de su carro el chofer del otro carro Ninguna multa dada

Su auto se dirijia hacia: Norte Sur Este Oeste en _____ (Calle/Ruta)

Y el otro se dirijia hacia: Norte Sur Este Oeste en _____ (Calle/Ruta)

<p>Por favor de marque el diagrama a su derecha Los simbolos de acuerdo a sus sintomas:</p> <p>SS = Espasmos ST = Dolor rigido DP = Poco dolor SP = Dolor fuerte SH = Dolor corrido TI = Estremecido NU = Entumecido O = Otro</p>	
---	--

MARQUE CUALQUIER SINTOMA QUE HA NOTADO DESPUES DEL ACCIDENTE:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en medio de la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor bajo de la espalda | <input type="checkbox"/> Sonido en el oido |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Rigidez en la cintura | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Cuello Rigido | <input type="checkbox"/> Contusiones en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolores Alargados | <input type="checkbox"/> Perdida de olor |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Dolor en quijada | <input type="checkbox"/> Cosquilleo en pierna | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Vista borroza | <input type="checkbox"/> Cosquilleo en brazo | <input type="checkbox"/> Cualquier quemada |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sensibilidad hacia la luz | <input type="checkbox"/> Dolor superior de la pierna | <input type="checkbox"/> Perdida de sabor |
| <input type="checkbox"/> Dolor en brazo lado superior | <input type="checkbox"/> Dolor inferior de la pierna | <input type="checkbox"/> Cualquier cortada | |
| <input type="checkbox"/> Espasmos en los musculos | <input type="checkbox"/> Dolor en brazo lado inferior | <input type="checkbox"/> Alguna marca o cortadura | |

Ha perdido dias del trabajo? Si No: Si, si que fechas: _____ to _____

Empleador: _____ Telefono del Empleador: _____

Fue al hospital? Si No: Si, si nombre del hospital o E.R: _____

Direccion: _____ Fecha de entrada al hospital: _____

Doctor que lo atendio: _____ Tratamiento dado? _____

TIENE USTED ALGUN HISTORICAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad de pulmones <input type="checkbox"/> Yes | Gota <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad tiroides <input type="checkbox"/> Yes |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad de rinon <input type="checkbox"/> Yes | Enfermedad estomacal <input type="checkbox"/> Yes | |
| Enfermedad al corazon <input type="checkbox"/> Yes | Hepatitis <input type="checkbox"/> Yes | Ciatico <input type="checkbox"/> Yes | |
| Presion sanguinea <input type="checkbox"/> Yes | Transfusiones <input type="checkbox"/> Yes | Polio / MS <input type="checkbox"/> Yes | Dependencia de alguna droga <input type="checkbox"/> Yes |
| Enfermedad de colon <input type="checkbox"/> Yes | Combulsiones <input type="checkbox"/> Yes | Cancer <input type="checkbox"/> Yes | |
| Sangrado <input type="checkbox"/> Yes | Paralisis <input type="checkbox"/> Yes | Ataques epileptico <input type="checkbox"/> Yes | |
| Artritis <input type="checkbox"/> Yes | Asma <input type="checkbox"/> Yes | Anemia <input type="checkbox"/> Yes | VIH <input type="checkbox"/> Yes |

Midvale Chiropractic Orrin C. Smith, DC Chiropractic Physician
1685 W. Valencia #101 Tucson, AZ 85746 (520) 889-9631 Fax (520) 295-0385

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

POR FAVOR MARQUE (✓) TODO QUE APLICA A USTED.

- Yo tengo beneficios de pagos medicos (Med-Pay) por parte de la persona del vehiculo o por parte personal.
- Yo tengo beneficios de aseguranza directamente o por parte de mi esposa/o.
- Yo he retenido a un abogado.**
- Yo no he retenido a un abogado.**
- Yo tengo la informacion lista de las otras personas.

POR FAVOR DE DAR LA INFORMACION CORRECTA:

1) SU COMPANIA DE ASEGURANZA DE AUTO: _____

Direccion: _____ Telefono:(_____) _____ Asegurado: _____

de Reclamo: _____ # de Poliza: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

2) NOMBRE DE ASEGURANZA DE SALUD: _____

Direccion: _____ Telefono:(_____) _____ Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Poliza: _____

Seguro Social #: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

3) ASEGURANZA AUTOMOVILISTICA DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Direccion: _____ Telefono: (_____) _____

Nombre de ajustador:: _____

de Reclamo: _____ # de Poliza: _____ Asegurado: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

4) ABOGADO: _____ Asistente de Abogado: _____

Direccion: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Cumplimiento de HIPAA

Midvale Chiropractic por ley es requerido mantener avisos de HIPAA Notificacion de Practicas Privadas. Esta notificacion explica nuestros deberes legales y practicas privadas respecto a su informacion de salud. La firma de abajo reconoce que he leído esta notificacion de practicas privadas. Una copia de esta forma se me dara si lo requiero.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Iniciales del Personal: _____