

**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 NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Direccion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino Seguro Social : \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  C  V  D  S  
 Cantidad de Hijos \_\_\_\_\_

Tel. de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono de Empleador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre de Esposa/o: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador de Esposa/o: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, notifique \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Razon por visita a oficina:** \_\_\_\_\_

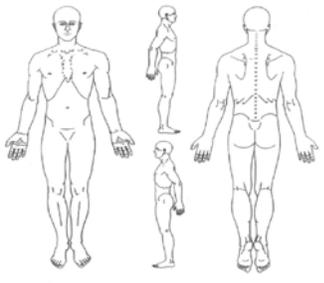
El dia especifico que empezo con sus sintomas: \_\_\_\_\_

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

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

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

**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 anote serios accidentes y enfermedades:**                      **Año y Mes**                      **Estado y ciudad**

---



---



---

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

---



---

**TIENE USTED ALGUN HISTORICAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDAD?:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> Yes          | Enfermedad de pulmones <input type="checkbox"/> Yes      | Gota <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           |
| 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 epilepticos <input type="checkbox"/> Yes  |
| Artritis <input type="checkbox"/> Yes              | Asma <input type="checkbox"/> Yes                        | Anemia <input type="checkbox"/> Yes               |
| Enfermedad tiroides <input type="checkbox"/> Yes   | Dependencia de alguna droga <input type="checkbox"/> Yes | VIH <input type="checkbox"/> Yes                  |

Otras Condiciones Que El Doctor Debe Saber: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE COMPANIA DE SUGURO:** \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

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 leido 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: \_\_\_\_\_