



## APLICACION PARA TRATAMIENTO

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor Familiar \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Nombre de Esposa o Esposo: \_\_\_\_\_ Edad de los Niños: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Familiar (En caso de emergencia): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Quien es responsable de pagar esta cuenta?  Paciente  Esposo(a)  Jefe  Aseguradora  Otro

Como va a pagar?  Efectivo  Compensación Laboral  Seguro de Salud  Medicare  
 Cheque  Tarjeta de Crédito  Aseguradora Vehicular  Medicaid

**\*\*\*\*POR FAVOR DELE SU TARJETA DE ASEGURANSA A LA RECEPCIONISTA\*\*\*\***

Si usted padece de dolor, por favor marque el lugar donde le duela en las figuras de la parte inferior. También describa la frecuencia del dolor, así también cualquier actividad que agrave el dolor. Por ejemplo, dolor suave, agudo, constante, viene y va cuando se para, cuando se sienta, etc.

**DOLENCIA MAYOR**  
 (Por favor describa únicamente su mayor dolencia)

**COMPLETE ESTOS DIAGRAMAS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

P \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

Q \_\_\_\_\_ Q \_\_\_\_\_

R \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

S \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

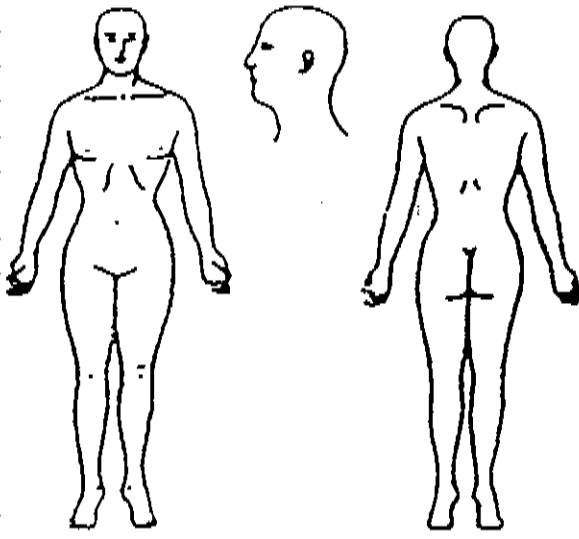
P \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

Q \_\_\_\_\_ Q \_\_\_\_\_

R \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

S \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_



Como se desarrollo esta condición? (Que lo causo? Como empezó?) \_\_\_\_\_

Cuando fue que usted se dio cuenta de este problema por primera vez? \_\_\_\_\_

A padecido usted de este problema o a tenido un problema similar anteriormente? Si su respuesta es SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

Este problema se ha mejorado, empeorado, o se mantiene igual? \_\_\_\_\_

Hay algo en particular que usted hace que haga que este problema se empeore? \_\_\_\_\_

Como esta condición a afectado su vida?  
A. Casa \_\_\_\_\_  
B. Trabajo \_\_\_\_\_  
C. Recreación \_\_\_\_\_  
D. Descansando o Durmiendo \_\_\_\_\_

A estado usted en algún accidente automovilístico?  Hace un Año  Menos de 5 Años  Mas de 5 años  Nunca

Algún accidente, caída, etc., Que pudo ocasionar este problema? \_\_\_\_\_

Por favor escriba si ha tenido alguna operación \_\_\_\_\_

Esta usted Embarazada?  Si  No      Usted Fuma?  Si  No  
Alguna Medicina que este Tomando:  Pastillas para el dolor  Relajadores Musculares  "Pep" Pills  
 Tranquilizantes  Insulina  Pastillas anticonceptivas  Otra

**Consentimiento para el manejo profesional y divulgación de esta información**

*Por este medio autorizo al doctor y a cualquier persona que el designe como su asistente para que Lleve a cabo el tratamiento, examen físico, Radiografías (rayos X), pruebas de laboratorio, tratamiento Quiropráctico o cualquier servicio clinico que el o ella considere necesario para el tratamiento de Mi problema; Y yo le autorizare a el o ella para que revele todo o parte de mi (paciente) Historial Medico A cualquier persona o corporación que esté o pueda estar vinculada en contrato a esta clinica, al paciente A algún familiar, o a la compañía donde el paciente trabaje, para el pago total o parte de este incluyendo, Y no limitado a, Hospital o quejas por los servicios médicos, compañías aseguradoras, compensaciones laborales, Fondos de bienestar social (Welfare) o al Jefe del paciente.*

Honorarios deben ser pagados al momento que las radiografías son tomadas, exámenes son hechos, tratamiento es recibido, A menos que arreglos de pago hayan sido hechos con anticipación.  
Las Radiografías permanecerán como propiedad de la clínica.

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