

1 uno

BIENVENIDO

DATOS PERSONALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otros #s: _____

¿Quién le recomendó esta Oficina? _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

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

Nombre de su Conyuge: _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consecuencia de:

Trabajo Deporte Accidente de auto Trauma Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describe el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuando Ocurrió? ____ / ____ / ____

¿Su malestar ha empeorado? Sí No Es Constante Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta concidión o algo similar en el pasado? Sí No

Explique: _____

¿Un médico lo ha tratado por esta condición? Sí No

¿Que médico? _____

Donde: _____

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente? Sí No

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

3 tres

CONTINUA AL DORSO

