Bienvenidos a Nuestra Clinica

Por favor complete todo lo que le aplica ..... **POR FAVOR LETRA IMPRENTA!**

Nombre_____Telefono_____

Direccion_____

Ciudad_____Estado_____Codigo Postal_____

Edad_____ Fecha de nacimiento_____ Estado Civil S M W D # de Hijos_____ Sexo_____

Ocupacion_____ # de lugar de trabajo/otro #_____

Lugar de Trabajo:_____

Direccion de Trabajo_____

de Seguro Social_____ # de Licencia y Estado: _____

Nombre de seguro de salud_____ # de Polisa_____

Nombre del asegurado_____Y # de SS_____

Si es menor de edad, nombre del responsible _____

Fecha de nacimiento_____ # de SS_____ # de Licencia y Estado: _____

Cuales son sus sintomas? _____

_____

Es su condicion por causa de un accidente? _____ Fecha del accidente _____

Tipo de accidente? Auto _____ Trabajo _____ Casa _____ Otros _____

Alguna vez ha tenido un accidente de auto? Hace un año_____ Hace 5 años_____Mas de 5 años _____

Acepto pagar por los servicios recibidos por la persona arriba mencionada tan pronto lo haya recibido. Entiendo y acepto que las polizas de seguro de accidente y salud son un acuerdo entra la compañia de seguros y mi persona y que soy totalment responsable por los gastos incurridos por todos los servicios cubiertos o no cubiertos por la poliza. Y ademas entiendo que si dejo incompleto el tratamiento, igual soy responable por los gastos, los mismos que seran cancelada de forma inmediata. Las lesiones/enfermedades que tengo son reales y no son exageradas o imaginadas. Toda la informacion suministrada en este formulario es verdadera.

Firma del Paciente _____ Fecha _____
(If minor, parentôs or guardianôs signature)

NOTICE: El pago completo es esperado en el momento que los servicios son dados al menos que haya otro acuerdo hecho.

CARDIOVASCULAR

____ hinchazon general
____ endurecimientos de arterias
____ hinchazon de la cara
____ritmo cardiaco irregular
____ derrame cerebral
____ palpitaciones
____ manos/pies frios
____ uñas mordas/azules
____ inabilidad de articular
____ periodos de ceguera
____ areas de adormecimiento

____ sonidos en los oidos
____ ataques cardiacos
____ mareos con nausias
____ hinchazon de los ojos
____ desmayos/vertigo
____ palpitaciones fuertes
____ dolor en el pecho
____ piel/labios azul/morados
____ arthritis del cuello
____ hipertencion
____ perdida de cordinacion

____ hinchazon de piernas/pies
____ areas de debilidad muscular
____ presion alta
____ pulso cardiaco rapido
____ sudores nocturno
____ perdida de memoria
____ movimiento irregular muscular
____ enfermedad sanguinea
____ dolor en brazo
____ calambre al caminar
____ calamres nocturnos

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETAL

CABEZA

____ frecuentes dolores de cabeza
____ dolor de cabeza severas
____ siente la cabeza pesada
____ vertigo
____ dolor de cabeza leve
____ perdida de olor
____ perdida de sabor
____ perdida de balance
____ mareo

CUELLO

____ dolor en cuello
____ dolor de cuello c/movimiento
____ inflamacion de cuello
____ cuello tieso
____ nervio pinchado
____ cuello se siente fuera de lugar
____ sonidos en el cuello
____ espasmo muscular

HOMBROS

____ dolor en hombros D/I
____ dolor entero de hombro
____ tension en hombros
____ espasmo musculares
____ No puede alzar el brazo
____ ( ) encima de hombro
____ ( ) encima de cabeza
____ movimiento limitado del cuello

MANOS Y BRAZOS

____ dolor en espalda alta
____ dolor en antebrazo
____ dolor en manos
____ dolor en dedos
____ sensacion de ormigero
____ dedos se adormece
____ hinchazon en los dedos
____ dolor de conjunturas de dedos
____ perdida de fuerza

MEDIA ESPALDA

____ dolor media espalda
____ dolor entre los hombros
____ punsadas dolorosas
____ dolor fuerte
____ dolor de frente y atras
____ dolor en area de riñones
____ espasmo de musculo en media espalda

CADERAS/PIERNAS/PIES

____ dolor en las nalgas
____ dolor en pierna baja
____ dolor en la rodilla D/I
____ pierna adormecida

ESPALDA BAJA

____ espasmo muscular
____ dolor de espalda baja
____ siente espalda baja fuera de lugar

1. Describa cualquier problema de salud que tenga actualmente:

2. Describa los doctores que le han atendido recientemente, describa el tipo de tratamiento y los resultados:

3. Describa todas las cirugias que ha tenido y anote las fechas:

4. Describa cualquier medicamento que este tomando este momento:

5. Ha estado usted hospitalizado? y en que fecha:

6- Comentarios adicionales.

Para casos de accidentes automobilisticos/ de trabajo

Por favor llene solo las preguntas que aplica a su accidente

Nombre_____

Fecha y hora del accidente_____ Tipo de accidente _____

1. Usted era: Conductor Pasajero (Adelante o Atras)
2. Le pegaron: Adelante Atras Lado Izquierdo Lado Derecho
3. Estaba usted consiente que se iba a producir un accidente? Si No
4. Perdio el conocimiento? Si No
5. Estaba usando cinturon de seguridad? Si No
6. Por favor describa el accidente: _____

   _____

   _____

7. Que sucedio despues del accidente (Fue al hospital por ambulancia, se fue a su casa, etc):

   _____

8. Describas las heridas o cortada que tubo debido al accidente: _____
9. Ha perdido dia de trabajo por causa del accidente? ____ Cuales dias? _____
10. Tenia problemas fisico antes del accidente? Si No
11. Ha visto a otro medico despues del accidente? Si No

Por favor ponga el nombre y especialidad del medico y el tipo de tratamiento que recibio.

_____

De acuerdo con mi conocimiento, la informacion dada es verdadera y correcta

Firma _____ Fecha _____