Información Confidencial del Paciente

Rev 05/2010

Favor de Imprimir

ANDREASEN CHIROPRACTIC & WELLNESS CENTER

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Cumpleaños: _____ Edad: _____ Estado Civil: C S D V Cuántos hijos: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de Casa: ( ) _____ Celular: ( ) _____ E-mail: _____

Trabajo / Empresa: _____ Teléfono del Trabajo: ( ) _____

Nombre de Esposo: _____ Seguro Social de Esposo: _____ Trabajo: _____

¿Tiene Seguro de Salud? S N Nombre de Compañía del Seguro: _____ ID #: _____

En caso de emergencia, nombre de pariente que no viva con Ud.:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____

Describa sus síntomas: _____

_____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

Su condición es resultado de un ☐ accidente de carro ☐ accidente en el trabajo ☐ recreo ☐ accidente en casa ☐ otro _____

Nivel de dolor en: 24 horas pasadas: ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Semana pasada: ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

¿Cuán a menudo siente sus síntomas? ☐ Constantemente ☐ A menudo ☐ De vez en cuando ☐ Rara vez

¿Cuánto afectan sus síntomas sus actividades diarias normales (trabajo, recreo, tareas, etc.)?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Muchísimo

Por lo general, diría que su salud en este momento es: ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ No buena ☐ Mala

Describa otros problemas de salud que tenga: _____

_____

¿Con que otros doctores se está tratando?_____

- La información marcada arriba es verdadera.
- He leido y ententido las formas "Consent to Treat," "Record Release," "Notice of Privacy Practices," "Medical Records Protocol," "Patient Consent," y "Fee Schedule & Assignment of Benefits," y doy mi acuerdo y permiso..
- **Autorizo a otros doctores / clínicas / hospitales a compartir mi información y expedientes médicos con AC&WC para el propósito de que el Dr. Andreasen me dé tratamiento.**
- Una copia de esta hoja será tan válida como la original. La autorización es válida por tres años, y la puedo revocar al dar noticia por escrito.

Firma de Paciente o Guardián Legal de Hijo Menor de Edad: _____ Date: _____