

REGISTRACION E HISTORIA

1. INFORMACION DE PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Ocupación: _____

Patron/ Compania: _____

SS #: _____ - _____ - _____

Numero de teléfono:

Casa: _____ - _____

Celular: _____ - _____

E-Mail: _____

¿ A quien podemos agradecer por referirte a nuestro consultorio? : _____

2. INFORMACION DE SEGURO

¿ Quien es el responsable para esta cuenta ? _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Relación a paciente? _____

Nombre de Seguro _____

Número de Grupo _____

ASIGNAMIENTO Y PUESTA

Yo certifico que yo, y/omi(s) dependiente(s) estamos cubiertos por el seguro _____ y le asigno al Dr. _____ todos los beneficios del seguro y entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios prestados por el doctor aunque el seguro los pago o no. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las propuestas para recibir pagamientos del seguro. Este consentimiento acabara cuando mi plan de tratamiento se termine o un año después de la fecha que se encuentra abajo con la firma.

Firma de Paciente, Pariente o Representante Personal

Imprime Nombre de Paciente, Pariente o Representante Personal

Fecha

Relación a Paciente

3. NUMERO DE TELEFONOS

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, CONTACTA

Nombre _____

Relación a Paciente _____

Teléfono de Casa _____ - _____

Teléfono de Trabajo _____ - _____

4. INFORMACION DE ACCIDENTE

¿ Sus síntomas son por causa de un accidente? _____

Tipo de Accidente: _____

____ Automóvil ____ Trabajo ____ Casa ____ Otro

¿ A quien le as dado un reportaje sobre su accidente?

____ Seguro de Auto ____ Empresario ____ Otro

Nombre de Abogado _____

5. CONDICION DE PACIENTE

¿Razón para visita? _____

¿Cuales son tus síntomas? _____

¿Cuándo empezaste a sentir esos síntomas? _____

¿Recibio tratamiento para esta condición? (Cuales?) _____

Marque un X en la figura aonde sientes dolor, entumecimiento, etc....

Identifique la severidad de su dolor en una escala del 1 al 10

(1= min, 10= max). _____

¿Sientes el dolor con frecuencia? o de vez en cuando? _____

Su dolor interfiere con su ____ Caminar ____ Doblar ____ Sentada ____ Sueño

____ Trabajo ____ Elevacion de Peso ____ Recreación ____ Rutina Diaria

