

INSURANCE INFORMATION

Información del Aseguramiento

Date _____ Home Phone _____
Fecha _____ Tel. Casa _____

Name _____ Soc. Sec # _____ Work Phone _____
Nombre _____ Seguro Social _____ Tel. Trabajo _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Sex M _____ F _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Sexo M _____ F _____

Age _____ Birthdate _____ Single _____ Married _____ Date your pain began _____ Did it occur suddenly _____ or gradually _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Soltero/a _____ Casado/a _____ Fecha del comienzo de su dolor _____ Le ocurrió repentinamente _____ o gradualmente _____

Patient Employed by _____ Occupation _____ Number of years doing current job _____
Paciente empleado por _____ Ocupación _____ Cuántos años tiene en este trabajo _____

Whom may we thank for referring _____ Phone _____
A quien se le agradecerá por referirlo/a? _____ Teléfono _____

In case of emergency who should be notified? _____ Relationship _____ Phone _____
En caso de emergencia a quien se le notificará? _____ Relación _____ Teléfono _____

PRESENT SYMPTOMS/ Síntomas presentes

CIRCLE WHICH APPLIES *Circule el qué aplica*

Pain <i>Dolor</i>	Stiffness <i>Tieso</i>	Tingling <i>Hormigueo</i>	Numbness <i>Entumecimiento</i>	
P	S	T	N	Neck <i>Cuello</i>
P	S	T	N	Mid back <i>Espalda</i>
P	S	T	N	Low back <i>Cintura</i>
P	S	T	N	Shoulder <i>Hombro</i>
P	S	T	N	Arm <i>Brazo</i>
P	S	T	N	Hand <i>Mano</i>
P	S	T	N	Hip <i>Cadera</i>
P	S	T	N	Knee <i>Rodilla</i>
P	S	T	N	Leg <i>Pierna</i>
P	S	T	N	Foot <i>Pie</i>
P	S	T	N	Chest <i>Pecho</i>
P	S	T	N	Head <i>Cabeza</i>
P	S	T	N	Eyes / ears <i>Ojos / orejas</i>
P	S	T	N	Abdominal <i>Estómago</i>

ADDITIONAL SYMPTOMS *Síntomas adicionales*

- Headache *Dolor de cabeza*
- Tension *Tensión*
- Dizziness *Mareos*
- Nervousness *Nerviosismo*
- Fatigue *Fatiga*
- Insomnia *Insomnio*
- Difficulty breathing *Dificultad al respirar*
- Irritability *Irritable*
- Muscle spasm *Tensión muscular*

AGGRAVATED BY *Agravados por*

- Lifting *Levantarse*
- Bending *Agacharse*
- Standing *Pararse*
- Walking *Caminando*
- Sitting *Sentarse*
- Lying down *Acostarse*

HISTORY OF COMPLAINT/ Queja historial

Other symptoms than above _____
Otros síntomas no mencionados

Have you lost time from work? Yes _____ No _____ How many days/weeks? _____ Dates from _____ Thru _____
A perdido tiempo en su trabajo Sí No Cuántos días/semanas? Desde la fecha de Hacia

Have you gone to the emergency room for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Where _____
A sido al cuarto de emergencia por esta condición? (estado) Sí No Fecha Dónde

Have you been hospitalized for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Which hospital _____
A sido hospitalizado por esta condición (estado) Sí No Fecha Cual hospital

Have you seen any other doctors for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Dr. _____
A visto algún otro doctor/a por esta condición (estado) Sí No Fecha Doctor

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

HEALTH HISTORY/ Historia de Salud

Are you receiving care for any other conditions? Yes _____ No _____ Which condition? _____
Esta recibiendo cuidado por alguna otra razón? Sí No Que condición?

Other conditions _____
Otras condiciones

Are you taking medication for any conditions? Yes _____ No _____
Esta tomando medicamento por alguna condición? Sí No

List medications:
Lista de medicamentos:

1. _____ Condition _____ 3. _____ Condition _____
Condición Condición

2. _____ Condition _____ 4. _____ Condition _____
Condición Condición

PREVIOUS INJURIES/ Lastimaduras previas

Have you had any previous injuries that may relate to this condition? Yes No Explain _____
A tenido alguna lastimadura previa que se pueda relacionar con esta condición? Sí No Explica _____

Did you receive care for this injury? Yes No When? _____ Type of care: Chiropractic Medical Physical therapy
Recibió cuidado sobre esta lastimadura? Sí No Cuando? _____ Tipo de cuidado Quiropráctico Médico Terapia física

Have you had any previous automobile accidents? Yes No When? _____ Were you injured? Yes No
A Tenido algún accidente automovilístico previo? Sí No Cuando _____ Fue lastimado/a? Sí No

Did you receive care after this accident? Yes No When? _____ Type of care: Chiropractic Medical Physical therapy
Recibió cuidado despues de este accidente? Sí No Cuando _____ Tipo de cuidado Quiropráctico Médico Terapia física

Have you had any surgeries Yes No When? _____ For what condition? _____
A tenido alguna cirugía/s Sí No Cuando? _____ Sobre que condición? _____

Do you still have pain resulting from surgery? Yes No Describe _____
Como resultado de la cirugía todavía tiene dolor? Sí No Describe _____

HEALTH INSURANCE INFORMATION/ Información sobre la aseguranza

Company's name _____ Phone _____
Nombre de la compañía _____ Teléfono _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Insured (If other than yourself) _____ Relationship _____
Asegurado (Otra persona aparte de usted) _____ Relación _____

Address _____ Phone _____
Dirección _____ Teléfono _____

Adjuster _____ Claim # _____ Policy # _____
Agente _____ Número de demanda _____ Número de poliza _____

ADDITIONAL INSURANCE INFORMATION/ Información adicional sobre la aseguranza

If you are covered under more than one group health policy, please supply the appropriate information.
Si usted tiene mas de una póliza que le cubra, favor de proveer la información adecuada.

Company's name _____ Phone _____
Nombre de la compañía _____ Teléfono _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Insured (If other than yourself) _____ Relationship _____
Asegurado (Otra persona aparte de usted) _____ Relación _____

Address _____ Phone _____
Dirección _____ Teléfono _____

Adjuster _____ Claim # _____ Policy # _____
Agente _____ Número de demanda _____ Número de poliza _____

Please have your insurance card available, so that we can make a copy for our records.
Por favor tenga su tarjeta de aseguranza lista, para que nosotros podamos hacer una copia para nuestros archivos.

ASSIGNMENT OF BENEFITS/ Asignación de beneficios

I authorize payment of the benefits relating to this claim to be paid directly to:
Yo autorizo el pago de los beneficios relacionados a esta demanda para que sea pagada directamente a:

[]

Patient's Signature _____ Date _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me el pago. Tambien entiendo que si paro o suspendo mi tratamiento y cuidado, de los servicios profesionales hacia mi persona serán inmediatamente pagados.

Patient's Signature _____ Date _____
Firma del paciente _____ Fecha _____