SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Información Personal	
Nombre:	/
Dirección:	
Dirección Electrónica:	
Fecha de Nacimiento:/ Edad:	Está Embarazada? □ Sí □ No
Nombre y Dirección de su empleo:	
Ocupación:	Número de Trabajo:
Número de Hogar:	Número de Celular:
Qué Tipo de Cuidado Desea: Temporario Condición Médica	rección Permanente 🗆 Mejor Cuidado Posible
Por favor circule el lugar exacto del lugar donde tiene dolor. Después describa el tipo de dolor, ei. Dormido, piquete, constante, etc.	En orden de importancia, numere los problemas médicos que más quiere que se corrijan. 1
Describa cualquier accidente, caídas, lastimadas, golpes	s, etc. que pudieron haber causado el problema.
Ha tenido problemas de salud similares a la presente?	□ Sí □ No Si, sí favor explique
Nombre de todos los doctores que ha visto para este pr	oblema:
Diagnosis y tipo de tratamiento que recibió (favor de ir resultados):	ncluir donde y cuando recibió el tratamiento y los
Su problema médico ha: ☐ Mejorado ☐ Empeorado	□ Igual:
Describa cualquier cosa que hace que mejora su condic	ión o la empeora:
Favor de marcar y describir como este problema interfi Actividades caseras afectadas:	

(Por Favor Llene el Reverso)

□ Actividades de trabajo afec	tadas:
Ha faltado trabajo: □Sí □N	o Si , sí días perdidos:
☐ Actividades de diversión a	fectadas:
□ Relajamiento o sueño afect	ado: 🗆 Sí 🗆 No
Si , sí explique por favor	ia tratado un doctor por algún problema de salud. □ Sí □ No
Ha recibido cuidado quiropra quiropráctico y el problema c	áctico?: ☐ Sí ☐ No Si, sí por favor de el nombre y dirección del que fue tratado:
□ Anti-inflamatorios □ Medic	ue está tomando: □ Pastillas para el dolor □ Relajantes de músculos ramento para la presión □ Insulina □ Pastillas anticonceptivas tranquilizantes ramentos para los nervios □ Pastillas para dormir □ Pastillas para depresión
Diga la(s) fecha(s) de algún a	ccidente, operación, o golpo (incluyendo huesos rotos) que ha tenido:
□ Más de 5 años	novilístico? Cuando? Este año Año pasado Últimas 5 años
Favor de marcar las siguiente □ Compré vitaminas □ Comp	es opciones que le apliquen en los últimas 2 años: ☐ Fuí a un spa pré comida saludable ☐ Recibí un masaje
[1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1]	a cual hace lo mencionado:
Historia Médica de su	Familia
Estado Civil: □ Casado □	Soltero 🗆 Enviudado 🗆 Divorciado 🗆 Separado
	os:
	Número de teléfono:
Responsible por los C	
Quién es responsable por su Tipo de aseguranza: □ Mé Nombre de la compañía y di	cuenta? □ Yo G Mi esposo(a) □ Mi empleo □ Aseguranza □ Otro edica □ Automóvil □ Otro rección de su aseguranza:
Si Ud. Es responsable por su □ Tarjeta de crédito.	cuenta médica, su pago será hecho en: Efectivo Cheque
Su pago se vence y debe ser Cualquier arreglo de pago ti	pagado a la hora de su tratamiento, rayos-X, o cualquier tratamiento recibido ene que hacerse en avanzado. Rayos-X son, propiedad de esta clínica.
Yo entiendo y doy permiso j	por el tratamiento.
경기 사람들은 경기를 가게 하는 것 같아. 그 사람들이 하는 것이 없는 것이 없는 것이 없는 것이 없었다.	
Número de Seguro Social: _	/ Fecha://
© FDL 2001	Reorder from Doctor's Co-Op 800-882-4476 F1025A (Spanis