

# TARJETA DE INTRODUCCION DE PACIENTE

La fecha: \_\_\_\_\_ # de Paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inital: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Fecha de nacimiento: / / Edad \_\_\_\_\_  
 Casado: \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Num de Hijos \_\_\_\_\_ Estas embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Referido Por: \_\_\_\_\_ Núm de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Empleado por: \_\_\_\_\_  
 Ocupacion: \_\_\_\_\_ Núm. telefonico negocial: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Ha tenido o tiene una queja similar? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Condicion relacionado a : Trabajos \_\_\_\_\_ Auto \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Explica: \_\_\_\_\_

El hecho de no notificar podra afectar su caso.  
 Brevemente describe su queja principal (síntomas). \_\_\_\_\_

Como sucedio? \_\_\_\_\_  
 Otros síntomas \_\_\_\_\_

Sirugias Anteriores \_\_\_\_\_

Cuales medicamentos esta tomando? \_\_\_\_\_

Tipo de aseguranza: \_\_\_\_\_ Blue Cross/Blue Shield \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_  
 Medicaid \_\_\_\_\_ Otro, nombre: \_\_\_\_\_

Tiene aseguranza de reembolso: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del Major Medical: \_\_\_\_\_

Esta clamando compensacion del trabajo?: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Esta clamando accidente de auto: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Compañia o nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ # de telefono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de abogado y : # de telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- A. Estoy interesado/a en alivio simtomatico.  
 B. Estoy interesado/a en alivio simtomatico y correccion maximo de mi problema.  
 C. Despues de que mi problema sea corregido, estoy interesado/a en la programa de mantenimiento de salud total.  
 D. No tengo problema de salud en especifico, pero estoy interesada /o en el programa de mantenimiento de salud total quiropractico

Firma Archivado: \_\_\_\_\_

Ha tenido o tiene     En el presente     Pasado

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza       | <input type="checkbox"/> Desmayos                              | <input type="checkbox"/> Ataque de corazon        | <input type="checkbox"/> Constipacion                         |
| <input type="checkbox"/> Puzadas en la cabeza    | <input type="checkbox"/> Perdida de Balance                    | <input type="checkbox"/> Presion alta             | <input type="checkbox"/> Problemas del rinon                  |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis               | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos                  | <input type="checkbox"/> Baja presion             | <input type="checkbox"/> problema de la vejiga                |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Olfato       | <input type="checkbox"/> Usa lentes                            | <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Dolores menstruales                  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno         | <input type="checkbox"/> La luz le molesta los ojos            | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica         | <input type="checkbox"/> Irregularidad                        |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Spasmos de los muslos en el cuello    | <input type="checkbox"/> Estomago nervioso        | <input type="checkbox"/> Diabetes                             |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor        | <input type="checkbox"/> Rechina el cuello                     | <input type="checkbox"/> Problemas de estomago    | <input type="checkbox"/> Cancer                               |
| <input type="checkbox"/> Garganta Apretada       | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello                       | <input type="checkbox"/> Ulceras                  | <input type="checkbox"/> Problemas de dormir                  |
| <input type="checkbox"/> Inflamacion de garganta | <input type="checkbox"/> Muslos apretados en los hombros       | <input type="checkbox"/> Dolor a media espalda    | <input type="checkbox"/> Coyunturas Dolorosas                 |
| <input type="checkbox"/> Problema del tiroide    | <input type="checkbox"/> Neuritis en los brazos y los hombros  | <input type="checkbox"/> Nerviosidad              | <input type="checkbox"/> Coyunturas Hinchados                 |
| <input type="checkbox"/> Cara ruborosa           | <input type="checkbox"/> Piquetes en los brazos y en las manos | <input type="checkbox"/> Tension interna          | <input type="checkbox"/> Artritis                             |
| <input type="checkbox"/> Tirones de la cara      | <input type="checkbox"/> Manos frias                           | <input type="checkbox"/> Irritabilidad            | <input type="checkbox"/> Disco herniado                       |
| <input type="checkbox"/> Perdida de memoria      | <input type="checkbox"/> Dolores de pecho                      | <input type="checkbox"/> Sudores frios            | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja                |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                  | <input type="checkbox"/> Respiracion corta                     | <input type="checkbox"/> Problemas del higado     | <input type="checkbox"/> Nervios Peliscados en la espalda     |
| <input type="checkbox"/> Depression              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesicula | <input type="checkbox"/> Piquetes en las piernas              |
| <input type="checkbox"/> Cabeza Pesada           | <input type="checkbox"/> Dolor de corazon                      | <input type="checkbox"/> Indigestion              | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados                   |
| <input type="checkbox"/> Mareos                  | <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazon             | <input type="checkbox"/> Gas intestinal           | <input type="checkbox"/> Pies frios                           |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Dolores en las piernas y en los pies |

Alguna caida, accidentes, o lecion?  Si  No  
 Si Si, favor de explicar \_\_\_\_\_