

BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP

FECHA _____

NOMBRE _____ S. S. _____

DIRECCION:

CALLE _____ TELEFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ AREA
POSTAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ MASCULINO _____ FEMENINA _____

EMPLEO _____ TELEFONO
DE EMPLEO _____

DE SER NECESARIO ME PUEDE LOCALIZAR ATRAVES DE:

NOMBRE _____ TELEFONO _____

NOMBRE DE ABOGADO _____

¿COMO LE OCURRIO LA LESION? ACCIDENTE DE AUTO ____ OTRO ____ **FECHA** _____

¿LE HA OCURRIDO ESTO EN OTRAS OCASIONES? ____ SI ____ NO

¿HA PERDIDO DIAS DE TRABAJO A CAUSA DE ESTO? ____ SI ____ NO

¿TIENE SEGURO ATRAVES DE SU EMPLEO? ____ SI ____ NO

SI SU REPUESTA ES SI, INDIQUE CUAL _____

SI SU LESION ES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE AUTO CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS:

¿ERA USTED EL ____ CONDUCTOR ____ PASAJERO ____ ASIENTO DELANTERO ____ TRASERO?

INDIQUE NOMBRE DEL CONDUCTOR _____

¿TENIA EL CINTURON DE SEGURIDAD ABROCHADO? ____ SI ____ NO

¿SE INFLO LA BOLSA DE AIRE? ____ SI ____ NO

¿COMO FUE EL IMPACTO AL AUTO?

____ PARTE TRASERA ____ FRENTE ____ LADO DE CONDUCTOR ____ LADO DE PASAJERO

¿TENIA LA CABEZA JIRADA CUANDO OCURRIO EL IMPACTO? ____ SI ____ NO

¿FUE SORPRENDIDO POR EL IMPACTO? ____ SI ____ NO

¿FUE LLEVADO A SALA DE EMERGENCIA? ____ SI ____ NO

SI SU REPUESTA ES SI INDIQUE CUAL _____

¿LE TOMARON RADIOGRAFIAS? ____ SI ____ NO

¿HAY POSIBILIDAD DE QUE ESTE EMBARAZADA ? ____ SI ____ NO

***POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS, GRACIAS.**

BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP

1.POR ESTE MEDIO AUTORIZO DISPENSAR LA INFORMACION NECESARIA DE MI EXPEDIENTE PARA RECLAMOS DE PAGO A MI ASEGURADORA.

2.LE CEDO A BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP PAGOS QUE DE OTRO MODO ME CORRESPONDERIAN.

3.POR ESTE MEDIO AUTORIZO A BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP RECIBIR CUALQUIER INFORMACION ADQUIRIDA POR ALGUN EXAMEN E OTRO MEDIO DE MI CONDICION FISICA Y LOS EXIMO DE CUALQUIER CONSECUENCIA COMO RESULTADO DEL MISMO.

4.EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR CUALQUIER PAGO PENDIENTE A BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP AL CONCLUIR SU TRATAMIENTO.

YO, _____ HE LEIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES YA MENSIONADAS.

FECHA: _____

INDIQUE SI TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTE CONDICIONES:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SINDROME DE FATIGA CRONICA | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO | <input type="checkbox"/> TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE | <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> TENDENCIA A SANGRAR |
| <input type="checkbox"/> CANCER (INDIQUE DE QUE) _____ | |
| <input type="checkbox"/> LE TIMBRA LOS OIDOS | <input type="checkbox"/> SINOSITIS |
| <input type="checkbox"/> INFECCION DE OIDO | <input type="checkbox"/> RONQUERA |
| <input type="checkbox"/> MAREO | <input type="checkbox"/> INFECCION DE LOS OJOS |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMA CON LA VISION | <input type="checkbox"/> CATARATA |
| <input type="checkbox"/> GLUCOMA | |
| <input type="checkbox"/> NEUMONIA | <input type="checkbox"/> BRONQUITIS |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> TOS |
| <input type="checkbox"/> FALTA DE RESPIRACION | |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO | <input type="checkbox"/> PALPITACIONES |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION | <input type="checkbox"/> ¿SE LE HINCHAN LOS TOBILLOS? |
| <input type="checkbox"/> ALERGIA DE LA PIEL | |
| <input type="checkbox"/> DIARREA | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> ACIDES | <input type="checkbox"/> DOLOR ESTOMACAL |
| <input type="checkbox"/> NAUSEAS | <input type="checkbox"/> VOMITOS |
| <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ESCRETA | <input type="checkbox"/> GASES |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD TRAGANDO |
| <input type="checkbox"/> INFECCION DE LA ORINA | <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA |
| <input type="checkbox"/> PIEDRA EN EL RIÑON | <input type="checkbox"/> DOLOR AL ORINAR |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCION EN EL FLUJO AL ORINAR | <input type="checkbox"/> ¿ORINA MAS DE DOS VESES EN LA NOCHE? |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS/REUMATISMO | <input type="checkbox"/> GOTA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDA (CRONICO/RECURENTE) | |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS | |
| <input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL | <input type="checkbox"/> DEPRESION |
| <input type="checkbox"/> TEMBLOR DE MANO | <input type="checkbox"/> ATAQUE DE PANICO |
| <input type="checkbox"/> ADORMECIMIENTO/HORMIGUEO | <input type="checkbox"/> MIGRAÑA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA (FRECUENTE) | <input type="checkbox"/> ANCIEDAD |
| <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA | |

