

# BRIDGEPORT CHIROPRACTIC GROUP

FECHA \_\_\_\_\_

## PARA EL PACIENTE NUEVO

TODOS LOS PACIENTES NUEVOS SON REQUERIDOS QUE LLENEN UN QUESTIONARIO SOBRE SU SALUD PERSONAL Y SU SEGURO MEDICO.

PRUEBAS DE PANTALLA VAN A SER TOMADAS PARA QUE AYUDEN A DETERMINAR SI UN QUIROPRACTICO LE AYUDARA. SI NO ERES ACCEPTADO COMO UN PACIENTE QUIRO PRACTICO, NOSOTROS TRATAREMOS DE ASSISTIR LE PARA LOCALIZAR EL TIPO DE MEDICO O ESPECIALISTA QUE NOSOTROS PENSAMOS, QUE SU CONDICION REQUIERE. NO HAY NINGUN COSTO PARA ESTAS PRUEBAS.

### MARQUE EL TIPO DE SEGURO QUE TIENE:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COMPENSACION DE TRABAJO   | <input type="checkbox"/> CHCP                     |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO | <input type="checkbox"/> HEALTH CARE              |
| <input type="checkbox"/> SEGURO PRINCIPAL          | <input type="checkbox"/> CMS/BLUE SHIELD          |
| COMPANIA _____                                     | NUMERO DE SEGURO _____                            |
| NUMERO DE SEGURO _____                             | <input type="checkbox"/> NUMERO DE MEDICARE _____ |
| DEDUCTIBLE _____                                   | <input type="checkbox"/> OTRO _____               |
| <input type="checkbox"/> DINERO                    |   |

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ AREA POSTAL \_\_\_\_\_

OCCUPACION \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINA \_\_\_\_\_ ESTADO MATRIMONIAL \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ AREA POSTAL \_\_\_\_\_

QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

HAS TENIDO CUIDO QUIROPRACTICO ANTERIORMENTE?    SI    NO

CUAL ES LA FECHA APROXIMADA DE SU ULTIMO FISICO? \_\_\_\_\_

ESTAS PRESENTAMENTE EN EL CUIDO DE OTRO MEDICO    SI    NO

DE EL NOMBRE DE EL MEDICO \_\_\_\_\_



TIENE UN MARCA PASOS?  SI  NO SI TIENE UNO PORFAVOR DIGASELO A EL MEDICO.

ESCRIBA SI HA TENIDO ALGUNA OPERACION/ALGUNA ENFERMEDAD Y LAS FECHAS \_\_\_\_\_

ESTAS TOMANDO ALGUNA MEDECINA?  SI  NO  
SI ESTAS TOMANDO ALGO PORFAVOR DIGASELO A EL MEDICO.

(PARA MUJERES)

HAY ALGUNA POSSIBILIDAD QUE ESTES EMBARAZADA?  SI  NO

POR FAVOR FIRME AQUI \_\_\_\_\_

Si hay posibilidad que estes embarazada por favor digaselo a el medico.

CUAL ES LA FECHA DE SU ULTIMA REGLA \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE SI HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIABETIS                 | <input type="checkbox"/> ATAQUES                   |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS             | <input type="checkbox"/> CANCER                    |
| <input type="checkbox"/> PRESION ARTERIAL         | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA                 |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE EL CORAZON | <input type="checkbox"/> ASMA                      |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS                 | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE MENSTRUACION |

POR FAVOR MARQUE CUAL(ES) DE ESTOS SINTOMÁS TIENES O HAS TENIDO:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA                       | <input type="checkbox"/> INABILIDAD PARA CONTROLAR EL ORINAR |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE                                | <input type="checkbox"/> CAMBIOS ORINARIOS                   |
| <input type="checkbox"/> ESCALOFRÍO                            | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO                       |
| <input type="checkbox"/> SUDORES                               | <input type="checkbox"/> DIARREA                             |
| <input type="checkbox"/> INABILIDAD PARA CONTROLAR EL ENSUCIAR | <input type="checkbox"/> DOLOR DE EL PECHO                   |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PROSTATA                 | <input type="checkbox"/> ORINAR FRECUENTEMENTE               |

#### SEGURO COMMERCIAL

Yo comprendo que soy financieramente responsable de cualquier balance que no sea cubrido por mi compañía de seguro.

Yo autoriso la oficina de el quiropractico Cianciolo que reciban cualquier informacion que haya sido adquirida por examinacion o otros metos de mi condicion fisica o mental; y lo libero de cualquier consecuencia de aquí en adelante.

Yo autoriso liberacion de informacion necesaria para presentar una reclamacion con mi compañía de seguro y firmar subsidio DE OTRA MANERA PAGADO A MI. A EL MEDICO O EL GRUPO INDICADO EN LA DEMANDA.

Una copia de esta firma es igualmente válida como la firma original.

\_\_\_\_\_  
(POR FAVOR FIRME AQUI)

#### DIBUJO DE DOLOR

Por favor indique adonde le duele y el tipo de dolor con el símbolo que mejor describe la incomodidad que presentamente siente.

Pinchazos Intensos	=++++
Pesado y Adolorido	=VVVV
Alfileres y agujas	=OOOO
Adormido	=////

