

Informacion del Paciente:

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Hombre ___ Mujer ___

Numero de seguridad social: _____

Direccion de Hogar _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo: _____

Telefono Celular _____ Casa # _____

Email: _____

Trabajo: _____

Compania: _____

Direccion de Trabajo/ _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono de Trabajo _____

Esta Usted (Circule uno)? Soltero Casado Divorciado Separado Otro

Como supo de nuestra clinica? _____

Informacion de la Aseguranza Medica

Nombre de Aseguranza _____

Numero de Poliza _____

Numero de Grupo _____

Emergency Contact

Nombre: _____ Relacion _____

Tlfno Celular: _____ Tlfno de Trabajo _____

Condicion del Paciente

Por favor indique todos los problemas que haya sentido tras el accidente:

Rellene aqui donde le duele.

___ Mareo/Vertigo ___ Perdida de Memoria ___ Dolor de Cabeza ___ Entumecimiento

___ Irritabilidad ___ Sonido en Oidos ___ Dolor de Espalda ___ Insomnio

___ Cansancio ___ Problemas Mandibulares ___ Dolor de Pecho

___ Dolor de Brazo/Hombro ___ Dolor de Pierna ___ Vision Afectada

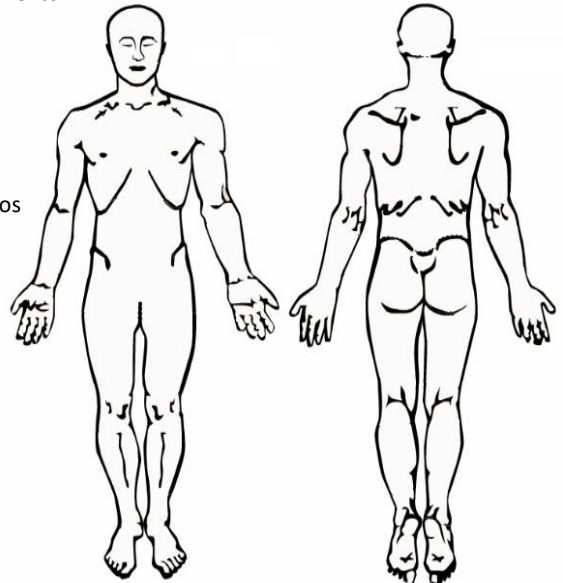
___ Tension Muscular ___ Dolor de Cuello ___ Nausea ___ Problemas Digestivos

___ Otros: _____

De todos, cual es el que mas le molesta? _____

Cuanto dolor tiene ahora mismo. (Elija un numero: 1 es poco, 10 lo maximo).

(No Dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Maximo Dolor)



Su Aseguranza de Automobil

Compania _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Contacto _____ Phone _____
Nombre en la Poliza _____
Claim Adjuster _____
Tlfno _____ Fax _____
Med Pay? Si No Cantidad _____
Informacion Adicional _____

Aseguranza de la Otra Personal

Compania _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Contacto _____ Phone _____
Nombre en la Poliza _____
Claim Adjuster _____
Tlfno _____ Fax _____
Med Pay? Si No Cantidad _____
Informacion Adicional _____

Detalles Sobre el Accidente

Fecha _____ Hora _____ am/pm
Lo llevaron al Hospital? Si No
Nombre del Hospital _____
Perdio el conocimiento? Si No
Ha sido tratado por algun otro doctor por este accidente? Si No
Que doctor? _____
Su cuerpo impacto contra algo dentro del carro? Si No No lo se
Explique _____
Los airbags saltaron? Si No Le impactaron? Si No
Este accidente le ha afectado su trabajo? Si No
Explique _____
Habia otros pasajeros en el auto? Si No Cuantos? _____
Notificaron a la policia? Si No

*If yes, please provide a copy of the accidental report.

De quien fue la culpa? _____
Hubo una multa al culpable? Si No

En que lado fue el impacto a su carro? (Elija Uno)
Detras Delante Derecha Izquierda
Where were you located in the vehicle? _____
Did the vehicle Flip Spin Other _____
Tiene Abogado? Si No
Nombre del Abogado _____
Telefono de Contacto de Abogado _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Tlfno _____ Fax _____

Informacion Adicional del Accidente

Por favor escribe una descripcion detallada de como ocurrio el accidente.

Cuestionario de Salud

Tiene usted su medico personal? Si No

Nombre del Medico _____

Esta usted bajo tratamiento ahora? _____

Expilque _____

Ha sido tratado alguna vez por un quiropractico? Si No

Nombre del Quiropractico _____

Explique _____

Cuando fue el ultimo :

Examen Medico _____ MRI _____

Rayos X _____ CT scan _____

Para las Mujeres:

Esta tomando anticonceptivos? Si No

Esta amamantando? Si No

Esta usted embarazada? Si No

Tiene o ha tenido alguna de estos problemas?

- Pongan X en cada uno
- | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Problemas de Hgado | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Tension Baja | <input type="checkbox"/> Sciatica | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Scoliosis | <input type="checkbox"/> Alzheimer's |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Respiracion | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Articulacion Artificial | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Drogadiccion |
| <input type="checkbox"/> Problemas Siquiatricos | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Tos Persistente |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Trombosis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas Tiroide |
| | | <input type="checkbox"/> Radiacion | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Transfucion Sangre |

Informacion de Salud Adicional

Medicamentos que este tomando

Vitaminas que este tomando

Alergias de las que sufra

Autorizacion

Afirmo que esta informacion que he proveido es correcta. Esta informacion permanecera confidencial y entiendo que es mi propia responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio de mi salud.

Entiendo que la aseguranza de salud y de automovil son un acuerdo entre la aseguranza y yo mismo. Tambien entiendo que esta oficina preparara cualquier informe para la aseguranza de mi salud y de mi tratamiento para facilitar el pago de nuestros servicios medicos y de su tratamiento.

Entiendo que yo soy responsable del pago de mis servicios, y le doy permiso a Atlas Wellness Center a proveer a la aseguranza cualquier documeto que pidan para hacer pago de los servicios prestados.

Doy permiso a los doctors de Atlas Wellness Center de tartar mis lesiones tal y como vean necesario. Doy indemnidad complete a los doctors de Atlas Wellness Center por las posibles complicaciones relacionadas con el tratamiento de las condiciones pre-existentes que hayan sido medicamente diagnosticadas.

Patient or Guardian Signature _____ Date _____

Print Guardian Name _____ Relationship to Patient _____