

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Chart Number: \_\_\_\_\_

**Información Personal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino

Teléfono Adicional: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  Separado(a)  Viudo(a)

Nombre de su Cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad de su(s) hijo(s): \_\_\_\_\_

Quien lo Refirió?  Letrero del Edificio  Paginas Amarillas  Medico Primario  Seguro  Abogado  Internet  
 Familia/Amigo  \_\_\_\_\_

**Empleador**

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Modo de Pago?**  Yo Pagare  Seguro Medico  Medicare  
 Seguro de Auto  Worker's Comp  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

**Quien es el portador encargado de la póliza?**

Health ID Card No: \_\_\_\_\_

Si mismo  Cónyuge  Padres

Group No: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_

Tel del Medico Primario: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Accidente de Auto (Información del Seguro de Auto)**

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Donde Ocurrió el Accidente? \_\_\_\_\_

Donde estabas en el Auto:  Conductor  Pasajero delantero  Pasajero trasero

Nombre de Su Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro del Otro Carro: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

Tiene Abogado?  Si  No Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_

La información que presento es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al Dr. Jaime Chica. Entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance. También autorizo a Plentiful Life Chiropractic Center o la Compañía de seguros a facilitar cualquier información requerida para procesar mis cuentas.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha



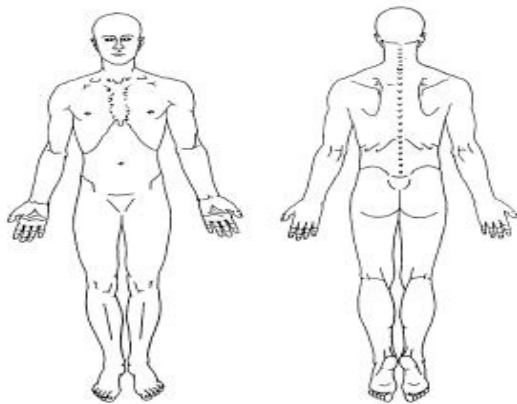
**EENT / ORL**

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visual impairment / No ve bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear Infection / otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinnitus / Ruidos en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjunctivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of Hearing / Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persistent Cough / Tos Continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoarseness / Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
<b>CARDIOVASCULAR - RESPIRATORY</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GASTROINTESTINAL - G / U</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure / Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease / Enfermedad Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pain / Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcer / Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke / Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of Appetite / Perdida de Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease / Enf. Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flatulence (gas) / Gas Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever / Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomit, Nausea / Vómito, Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur / Soplo Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominal Pain / Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankle Swelling / Hinchazón de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gall Bladder Stones / Cálculos Biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty breathing, walking, sleeping / Dificultad en respirar, caminar, dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorrhoids / Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic Cough / Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation / Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitting Phlegm / Tos con flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitting blood / Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia / Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Stones / Cálculos de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis / Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Tract Infection / Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Blood in Urine / Sangre en Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Difficulty Urinating / Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>REPRODUCTIVE</b>	<u>Past</u>	<u>Present</u>	<b>MUSCULOSKELETAL AND NERVOUS SYSTEM</b>	<u>Past</u>	<u>Present</u>
Pregnant / Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Back Pain / Dolor Bajo de Espalda (cintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irregular Menses / Regla Irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck Pain / Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal Pap / Citología Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain between Shoulder Blades / Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostate Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain in Arms / Dolor en los Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testicular Pain / Dolor de Testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain in Legs - Sciatica / Dolor en Piernas - Sciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Muscle Cramps / Calambres Musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Loss of strength (pérdida de fuerza) in arms or legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Numbness (adormecimiento) arms or legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Loss of sensation arm or leg / Pérdida sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Herniated Disc-Spine / Hernia Disco-Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Scoliosis / Columna Desviada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fractures - Sprains / Fracturas - Torceduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Short Leg / Pierna Corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Point out with an X the areas of pain / Marque con una X las areas de dolor en las figuras de abajo



**Additional Information**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Síntomas similares previos**

- I have not had any symptoms similar to my actual condition / No he tenido síntomas similares a mi condición actual
  - I had my actual symptoms before, but they didn't bother me / Mis síntomas actuales los tuve antes, pero no me molestaban
  - My actual symptoms already existed but they got worse after the accident / Mis síntomas actuales ya existían pero se empeoraron con el accidente
- My most recent symptoms (if applicable) occurred / Mis síntomas similares mas recientes (si es aplicable) ocurrieron:
- \_\_\_\_\_  months ago (meses atrás) /  years ago (años atrás) or **on**
- Fecha (Date) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature / Firma: \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_