



1607 NE Alberta St
Portland, OR 97211
503-788-6800

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

Correo Electrónico: _____
Sexo: M F Soltero/a Casado/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a
Edad: Fecha de nacimiento: _____
Seguro Social de Paciente: _____
Ocupación: _____
Empleador: _____
Teléfono de Empleador: _____
Nombre del esposo/a: _____
Fecha de Nacimiento del esposo/a: _____
Ocupación del esposo/a: _____
Empleador de esposo/a: _____
¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

NÚMEROS DE TELÉFONO

Casa: _____ Trabajo: _____
Mejor hora y lugar podemos contactarte: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono en casa: _____ Trabajo: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE

El motivo de su visita: _____
¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____
¿Su condición esta empeorando? Si No Inseguro
Marque con un X en la figura donde siente dolor, entumecimiento, u hormigueo.
¿Qué puntaje le daría al dolor en una escala del 1(dolor mínimo) al 10 (dolor severo)?
Tip de dolor: Agudo/Sharp Dolor sordo/Dull Punzante/Throbbing
 Entumecimiento/Numb Adolorido/Ache Dolor súbito/Shooting
 Ardiente/Burning Hormigueo/Tingling Calambres/Cramps
 Rigidez/Stiffness Hinchazón/Swelling Otro _____
¿Cual es la frecuencia del dolor? _____
¿Es constante o aparece y desaparece? _____
Interfiere con: El trabajo Dormir Su rutina diaria
 Recreación/actividades/deportes diaria _____ Otro _____
Actividades o movimientos que aumentar dolor: Sentado Parado
 Caminando Agacharse Acostado Girarse Levantarse

-VOLTEAR-

ASEGURANZA

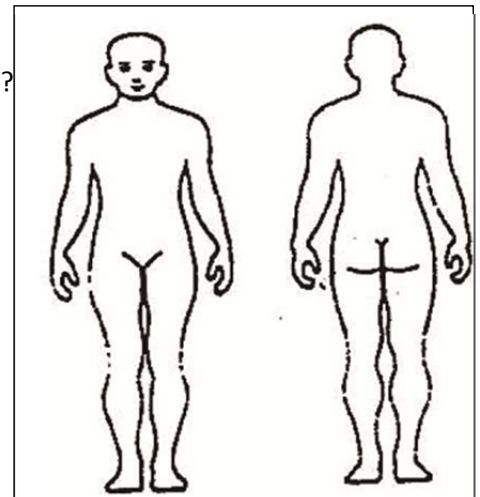
¿Quién se hace responsable de esta cuenta? _____
Relación con el paciente: _____
Aseguradora: _____
Número: _____
¿Tiene seguro adicional? Si No
El titular del seguro: _____
Fecha de nacimiento del titular del seguro: _____
Seguro Social del titular: _____
Aseguradora: _____
El grupo o póliza de seguro: _____

Asignación y Autorización

Yo, el abajo firmante certifico que yo (o mi depende) tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Doctor Joseph Medlin, DC todo los beneficios de seguro, si hubiese de otra manera pagado a yo por servicios rendidos. Yo entiendo ser económicamente responsable por todos los cargos que fuesen o no pagados por el seguro. Yo por el presente testamento doy autorización al doctor el descargo de toda información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de firma en toda sumisión.
Firma de la persona responsable: _____
Relación: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN RELACIONADA AL ACCIDENTE

¿Su condición es relacionada al accidente? Si No
Fecha del accidente: _____
Tipo de accidente: Auto Trabajo Casa Otro
¿A quien le reporto el accidente? Seguro de Auto
 Empleador Seguro por Riesgo de Trabajo Otro
Nombre del abogado: _____



HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ya ha recibido para su condición? Medicamentos Cirugía Terapia física
 Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de los doctores quienes le han dado tratamiento para su condición: _____

Fecha del mas reciente: Examen físico _____ Rayos X del Espinazo _____ Análisis de sangre _____
 Examen del Espinazo _____ Rayos X del pecho _____ Análisis de orina _____
 Rayos X Dental _____ MRI, CT-Scan, Scanner del huesos _____

Marque "Si" o "No" para indicar si ha tenido cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| SIDA/HIV <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Fracturas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Migrañas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Atención siquiátrica <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Alcoholismo <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Glaucoma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Aborto Espontaneo <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Artritis reumática <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Alergia a vacunas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Bocio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | La Mononucleosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Anemia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Gonorrea <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Escoliosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Anorexia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Gota <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Ataque de apoplejía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Apendicitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Marcapasos/Pacemaker <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Tentativa de suicidio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Artritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del Parkinson <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Problema del tiroides <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Asma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Hepatitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Pinzamiento del nervio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis/Tonsillitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Sangrante <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Hernia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Neumonía <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Bulto de pecho <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Hernia de disco <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Polio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Bulto del Tumor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Bronquitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Herpes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Problema de la próstata <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Ulceras <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Bulimia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Colesterol de alto nivel <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Artritis psoriásica <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Latigazo Cervical/Whiplash <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea alto <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Otro/a _____ | |
| Cataratas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Renal/Kidney <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| Dependencia química <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado/liver <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| Varicela <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Concusión <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Enfisema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Epilepsia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |

EJERCISIO	ACTIVIDAD DE TRABAJO	DIETA	HABITOS	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sentado/a	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Fumar	Cajetillas por día _____
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Parado/a	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas por semana _____
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Trabajo Fácil	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Café/Cafeína	Tasas por día _____
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo Pesado	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Nivel alto de estrés	Razón _____

¿Esta embarazada? Si No Fecha en que se alivia: _____

Lesiones/Cirugías que ha obtenido:	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones de cabeza	_____	_____
Huesos Rotos	_____	_____
Dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

MEDICACIONES	ALERGIAS	VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
El nombre de la farmacia: _____	_____	_____
El número de la farmacia: _____	_____	_____