

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONDICIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Si es menor de 18 años, ¿quiénes son sus padres o tutores legales?

Padre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Madre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Tutor: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Estado civil: _____ ¿Cuántos hijos? _____

DIRECCIÓN ACTUAL:

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Su ocupación: _____ Empleador: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Ocupación del cónyuge: _____ Empleador del cónyuge: _____

Dirección laboral del cónyuge: _____ Teléfono del trabajo: _____

quién debemos contactar en caso de una emergencia? _____ Teléfono _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

¿Su condición o lesión se debe a un accidente o a una causa relacionada con el trabajo? SÍ NO Por favor marque todos los que apliquen.

¿La condición o lesión resultó de *automovilístico*? SI NO

¿Resultó de un *trabajo* accidente SÍ NO (describa brevemente): _____

Aproximadamente, ¿cuándo ocurrió su lesión o condición? ___/___/___

Describe su condición, síntomas o el propósito de esta cita: _____

¿Alguna vez ha tenido la misma condición o una similar? SÍ NO En caso afirmativo, cuándo y descríbalos: _____

Indique cualquier otro proveedor de atención médica que haya visto por esta lesión o afección y cuándo fue la última vez que los vio.

Nombre: _____ Tipo de práctica: _____ Fecha de la última visita: ___/___/___

Nombre: _____ Tipo de práctica: _____ Fecha de la última visita: ___/___/___

¿Fecha del último examen físico? _____

Millville Chiropractic Center 1014 N High St. Millville, NJ 08332

Enumere todas las cirugías que ha tenido y cuándo.

¿Enfermedades o condiciones graves? _____ ¿Cuándo? _____

¿Ha sido tratado por algún médico por algún problema de salud en el último año? SÍ NO

Describa: _____

SOLO MUJERES: ¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada? SÍ NO INCIERTO

¿Qué medicamentos o drogas está tomando?

¿Alguna vez ha sufrido de:

- Mareos Hernia Artritis Asma Trastornos digestivos
 espalda Neuritis cabeza Anemia Nerviosismo
 Problemas cardíacos Cáncer Entumecimiento Diabetes Problemas de sinusitis

¿Tiene seguro médico? SÍ NO No estoy seguro Compañía: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza ___/___/___

¿El titular de la póliza tiene el seguro a través de su empleador? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿quién es el empleador? _____

He leído y comprendo lo siguiente antes de firmar. Por la presente autorizo a Millville Chiropractic Center a proporcionar información sobre mi condición y tratamiento a cualquier compañía de seguros. Además, asigno al Centro Quiropráctico de Millville todos los pagos que las compañías de seguros están obligadas a hacer en mi nombre por los servicios prestados. Entiendo que el pago de todos los servicios médicos prestados es mi responsabilidad y acepto pagar puntualmente. Entiendo que es posible que mi seguro no cubra todas las tarifas cobradas por Millville Chiropractic Center.

Certifico que se me ha informado que mi autorización preliminar/certificación previa para el pago obtenida por la oficina del Centro Quiropráctico de Millville no es una garantía de pago según las pautas de mi compañía de seguros.

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina de quiropráctica preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar los cobros de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagada directamente a esta oficina de quiropráctica por una compañía de seguros se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados a mí se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. CUALQUIER SALDO NO PAGADO EN CUENTAS INACTIVAS DURANTE 60 DÍAS ESTARÁ SUJETO A UN INTERÉS COMPUESTO A UNA TASA DE 1 ½% MENSUAL O 18% ANUAL.

Habrará un cargo por servicio de \$25 por cheques devueltos.

CIERTOS ASPECTOS DE ESTA COMUNICACIÓN PUEDEN INTERPRETARSE COMO UN INTENTO DE COBRAR UNA DEUDA. POR LO TANTO, TENGA EN CUENTA QUE CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO PUEDE UTILIZARSE PARA ESE FIN.

Firma del paciente: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del padre o tutor _____ Fecha ___/___/___