

Como se desarrollo esta condición? (Que lo causo? Como empezó?) _____

Cuando fue que usted se dio cuenta de este problema por primera vez? _____

A padecido usted de este problema o a tenido un problema similar anteriormente? Si su respuesta es SI, por favor explique: _____

Este problema se ha mejorado, empeorado, o se mantiene igual? _____

Hay algo en particular que usted hace que haga que este problema se empeore? _____

Como esta condición a afectado su vida?
A. Casa _____
B. Trabajo _____
C. Recreación _____
D. Descansando o Durmiendo _____

A estado usted en algún accidente automovilístico? Hace un Año Menos de 5 Años Mas de 5 años Nunca

Algún accidente, caída, etc., Que pudo ocasionar este problema? _____

Por favor escriba si ha tenido alguna operación _____

Esta usted Embarazada? Si No Usted Fuma? Si No
Alguna Medicina que este Tomando: Pastillas para el dolor Relajadores Musculares "Pep" Pills
 Tranquilizantes Insulina Pastillas anticonceptivas Otra

Consentimiento para el manejo profesional y divulgación de esta información

Por este medio autorizo al doctor y a cualquier persona que el designe como su asistente para que Lleve a cabo el tratamiento, examen físico, Radiografías (rayos X), pruebas de laboratorio, tratamiento Quiropráctico o cualquier servicio clinico que el o ella considere necesario para el tratamiento de Mi problema; Y yo le autorizare a el o ella para que revele todo o parte de mi (paciente) Historial Medico A cualquier persona o corporación que esté o pueda estar vinculada en contrato a esta clinica, al paciente A algún familiar, o a la compañía donde el paciente trabaje, para el pago total o parte de este incluyendo, Y no limitado a, Hospital o quejas por los servicios médicos, compañías aseguradoras, compensaciones laborales, Fondos de bienestar social (Welfare) o al Jefe del paciente.

Honorarios deben ser pagados al momento que las radiografías son tomadas, exámenes son hechos, tratamiento es recibido, A menos que arreglos de pago hayan sido hechos con anticipación.
Las Radiografías permanecerán como propiedad de la clínica.

Firma: _____ Fecha: _____