

1 uno

BIENVENIDO

DATOS PERSONALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Número de Archivo: _____

Nombre: _____

Alias: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

#Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otros #'s: _____

Empleador: _____ Desde Cuando: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Su Posición: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Conyuge: _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

#SS del asegurado(a): _____

#Del (Grupo, Plan, Local, o Póliza): _____

Nombre del Asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del Asegurado(a): _____

Por favor, informenos sobre seguro secundario.

LA RAZON DE SU VISITA

La razón de su visita es por consecuencia de:

Trabajo Deporte Accidente de auto Trauma Condición Crónica

Por favor, explique: _____

Describa el dolor y donde lo siente: _____

¿Cuándo Ocurrió? ____ / ____ / ____

¿Su malestar ha empeorado? Sí No Es Constante Va y Viene

Este malestar está interfiriendo con (por favor marque): trabajo, al dormir, en su rutina diaria.

¿Ha sufrido esta concidión o algo similar en el pasado? Sí No

Explique: _____

¿Un médico lo ha tratado por esta condición? Sí No

¿Que médico? _____

Donde: _____

¿Ha sido atendido por un quiropráctico anteriormente? Sí No

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

3 tres

CONTINUA AL DORSO

tres

DESPUES DE LA LESION

¿Cayó usted inconsciente? Sí No

Sí respondió que sí, ¿por cuanto tiempo? _____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después

del accidente: _____

Fué usted al hospital o ha visto algún doctor después del accidente? Sí No

¿Cuando fué? Inmediatamente Al próximo día Después de dos días

Como llegó al hospital o al doctor Ambulancia Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que le atendió: _____

El título del doctor es: D.C. M.D. D.O. D.D.S.

Describa los tratamientos que recibió, si alguno: _____

¿Le tomaron radiografías? Sí No

¿Le prescribieron medicamentos? Sí No

¿Ha podido trabajar después del accidente? Sí No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión? Sí No

Indique los síntomas que han resultado de éste accidente:

- Vértigo
- Desmemoriado
- Dolor de cabeza
- Visión borrosa
- Zumbido en los oídos
- Trímbr en los oídos
- Otros
- Insomnio
- Irritabilidad
- Fatiga
- Tensión
- Dolor en el cuello
- Cuello rígido
- Problemas de la mandíbula
- Náuseas
- Dolor en brazos/hombros
- Dolor de espalda
- Dedos/Manos insensibles
- Dolor en la espalda baja
- Dolores en el pecho
- Espalda rígida
- Respiración corta
- Dolor de piernas
- Malestar de estómago
- Pies/dedos insensibles

¿Su condición ha empeorado?

Sí No Es constante Va y viene

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades:

	Cómodo	Incómodo <small>Aunque sea esporádico</small>	Doloroso
Acostado boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado boca abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciendo deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantando algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinandose o doblandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cuatro

RECUPERACION

Para poder evaluar el efecto que regresar a su trabajo le causaría a su recuperación, por favor responda a estas preguntas.

¿Cuántas horas al día trabaja? _____

Por favor indique con las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

- Esta de pie
- Conduce
- Usa maquinaria
- Esta sentado
- Gira su cuerpo
- Trabaja con las manos elevadas
- Camina
- Gatea/arrastra
- Escribe a máquina
- Levanta
- Inclinarsse/doblarse
- Agachado

¿Otros _____

¿En que posiciones puede trabajar con un mínimo esfuerzo físico y por cuanto tiempo? _____ N/A

Antes de lesionarse, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Sí No N/A

¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? Sí No N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar? Sí No N/A

cinco

SEGURO ADICIONAL

Seguro secundario o seguro de Automóvil

Clase de seguro: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____

Nombre del asegurado(a): _____

de póliza: _____ # de este reclamo: _____

#SS del asegurado(a): _____

Fecha de nacimiento del asegurado(a): _____

Empleador del asegurado(a): _____

Nombre del agente de seguros: _____

Sí alguna información médica o financiera a cambiado, por favor informe a nuestro personal.

Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

_____/_____/_____
Firma Fecha

Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____
Parentesco: _____
Teléfono de la Casa: _____ Y del trabajo: _____
Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MEDICA

- Que Medicamentos está Tomando:** Píldoras para los nervios
 Analgésicos (Incluyendo aspirina) Relajantes de músculos Estimulantes
 Anti-Coagulantes Tranquilizantes Insulina Otros
- ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón/Marca Paso | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV+ | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster o Culebrilla | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cuello | <input type="checkbox"/> Enfisema/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, frecuente/severo | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Úlceras/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Desmayos/Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Huesos o coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis |

Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido: _____

Enumere sus alergias: _____

Enumere previas operaciones/tratamientos y fechas: _____

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso: _____

Historia Médica Familiar: _____

¿Usted fuma? No Sí ¿Cuanto? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Usa calzado ortopédico? _____

¿Cuántos años tiene su colchón? _____ ¿Es cómodo? Sí No

PARA MUJERES: ¿Toma la pildora anticonceptiva? Sí No

¿Está embarazada? No Sí/¿Cuántos meses? _____ ¿Está Lactando? Sí No

5 cinco

6 seis

SU CUENTA

Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

#SS: _____

#de Licencia: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Como Desea Pagar: Efectivo Cheque

Tarjeta de Crédito (si es aceptada)

FIRMA Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto se ofrece en ésta oficina).

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al término de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos por agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET.

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 1SMCA2 copyright ©1998



ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL / O EN EL EMPLEO

1 uno

DATOS PERSONALES

Fecha: / / Número de Archivo: _____

Nombre: _____

2b dos b

ACCIDENTE EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

¿Fue su accidente directamente relacionado con el trabajo? Sí No

En breve, describa lo ocurrido antes y durante el accidente:

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (sí es diferente a la del lugar del trabajo): _____

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente? Sí No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe? Sí No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente? _____

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste? Sí No

¿Sabe usted si ésta clase de accidentes han sucedido anteriormente? Sí No

En general:

¿Físicamente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Mentalmente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? Sí No

¿Ha cambiado de trabajo este último año? ... Sí No

2a dos a

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

Era usted el: Conductor Pasajero asiento de adelante Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?

¿Cuántas personas iban en el vehículo accidentado? _____

¿La policía visitó el lugar del accidente? Sí No

¿Sabe si la policía llenó un reporte de lo ocurrido? Sí No

¿Hubo testigos? Sí No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? . . . Sí No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire? Sí No

Si las tenía, ¿se inflaron? Sí No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cabecera de su asiento? Alta Baja A la base de su cráneo.

¿Contra que se accidentó? Otro vehículo Otro

Sí es otro, explique: _____

¿Se golpeó alguna parte de su cuerpo con el vehículo? Sí No

En caso de golpe, por favor describa: _____

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba: _____

Nombre del área o calle en que usted viajaba: _____

¿En que dirección se dirigía usted? N S E O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? _____

¿En que lugar fue impactado su vehículo? Frente

Detrás Lado derecho Lado izquierdo Otro

Durante el impacto, usted estaba mirando a: la derecha izquierda hacia adelante

¿Usted se dió cuenta o fue sorprendido por el impacto? Sí hubo otro vehículo involucrado en este accidente...

Marca y modelo del otro vehículo: _____

Dirección en que ese otro vehículo se dirigía: Norte Sur Este Oeste

Velocidad de ese otro vehículo: _____

En sus propias palabras, por favor describa el accidente:





Genesis Chiropractic

Dr. Samuel T. Laffel

2922 Oak Lawn Avenue
Dallas, TX 75219
(214) 219-4325
(214) 526-2267- *fax*

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo declaro que estoy dando mi consentimiento al Dr. Samuel Laffel y Genesis Chiropractic. Como su representante, quien me puede tratar a mi/ofamilia. Yo entiendo que pueden aver honorarios por servicios y comprendo que hay honorarios que pueden hacer rendidos al tiempo del servicio. Yo declaro que estoy de acuerdo con los honorarios y entiendo que yo estoy expuesto por cualquier y todo honorarios legales y servicios de colleccion si sea necesario.

FIRMA: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____

LIBERAR Y ASIGNAR

Yo autorizo que exonerar cualquier informacion medico o informacion necesario para procesar reclamos. Yo tambien pido que hagan pago por Medico, Chiropractic, PIP, o beneficios de 3 sera parte a ser pagados directamente al Dr. Samuel Laffel o **Genesis Chiropractic** por servicios rendidos. Este Asignamiento no es irrevocable hasta que la deuda o cuenta sea pagada en la cantidad entera.

FIRMA: _____

FECHA: _____

“Healing the World, One spine at a time”

Samuel T. Laffel, D.C.



**Genesis
Chiropractic**

Dr. Samuel T. Laffel

2922 Oak Lawn Avenue
Dallas, TX 75219
(214) 219-4325
(214) 526-2267- *fax*

**CONSENTIMIENTO
PARA RAYOS-X**

Yo, _____ declaro que estoy dando mi consentimiento a **Genesis Chiropractic** asi como a sus representantes, que pueden tomar los Rayos-X que sean indicados por el doctor chiropractico. (Solo para Mujeres) Yo tambien declaro que, al mejor de mi conocimiento, no estar embarazada.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FECHA DEL ULTIMO CYCLO MENSTRUAL (MUJERES)

"Healing the World, One at a time"
Samuel T. Laffel, D.C.