

Bienvenido a Cedro la Quiropractica!

Cedar Chiropractic Physicians LLC

Dawn Seater DC

Fred Seater DC

4141 SE Harrison St. Milwaukie, OR 97222

P: 503-653-2232 F: 503-305-8815

Fecha: _____

Information Para El Paciente

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Cotigo Postal: _____ de Casa / Celular #: _____

Empleador: _____ Telefono del Trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____

Dirección de correo electrónico _____

fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Cómo se enteró acerca de nosotros? _____

Si se conoce, que se refiere a nuestra oficina? _____

Quiere recibir un texto/correo electrónico recordatorios de la cita? SI _____ NO SI _____

Si sí, por favor proporcione su teléfono de la célula portadora (AT&T, Verizon etc) _____

En caso de Emergencia: Contacto _____ el Teléfono # _____

Actual Estado de Salud

**En orden de importancia, liste los problemas de salud que usted está más interesado en conseguir corregido*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

** Lista de aproximadamente cuánto tiempo tiene notado estos problemas*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

1) Hay un cierto momento del día en que cualquiera de estos problemas están mejor o peor? _____

2) Lista de los tratamientos que se han utilizado para estos problemas: __ De hielo __ Calor __ Ejercicio __ Masaje __ Quiropráctica __ Descanso __ Medicamento(s): _____
__ Otros _____

3) Describir cualquier movimiento repentino, lesiones, caídas, accidentes, etc. que han causado el problema(s): _____

4) Alguna vez has tenido problemas de salud similares o antes de las lesiones? __ Sí __ No Si sí, explique por favor: _____

5) Tienen sus problemas de salud: Mejoradas Empeorado Quedado en el mismo

6) Lista de todo lo que hace que su condición

peor: _____

mejor : _____

7) Favor de marcar y describir cómo este problema interfiere con su trabajo y/o vida personal

Perdido y los días de trabajo? Sí No Si sí, fechas perdidas _____

___ Actividades en casa afectados _____

___ Actividades recreativas afectados: _____

___ Actividades de trabajo afectados: _____

Anterior Historial de Salud

1) Quién es su médico de atención primaria/médico de familia? _____

2) Cuando fueron vistos por última vez allí? _____

3) Podemos enviar actualizaciones en el tratamiento de la condición _____

4) Durante el último año, su médico atendido por cualquier problema de salud(s)? Sí No

Si sí, explique por favor: _____

5) Alguna vez has recibido el cuidado Quiropráctico? Sí No Si sí, favor de indicar el nombre de los médicos y de la razón para verlos: _____

6) Por favor marque cualquier medicamento recetado que usted está tomando: Anti-depresivos

Anti-inflamatorias El Control de la Natalidad Medicamento para la presión arterial Las

píldoras de dieta De azúcar en la sangre medicación Los relajantes musculares La Insulina

Pastillas para el dolor Las pastillas para dormir

Otros (por favor lista): _____

7) Por favor marque cualquier receta medicamento que está tomando y cuanto: Advil _____,

Aleve _____, Aspirin _____, Motrin _____, Tylenol _____,

Otros _____

8) Por favor anote cualquier alergia: _____

9) Por favor lista de todas las cirugías previas, lesiones o enfermedades con las fechas.

10) Por favor liste cualquier tipo de vitaminas o suplementos nutricionales está tomando o ha tomado recientemente: _____

Historia Social

1) Usted Fuma? Sí No Si sí, cuántos paquetes/diario: _____

2) Usted bebe? Sí No Si sí, cuántas bebidas/semana: _____

3) Hacer ejercicio con regularidad? Sí No Si sí, describir de qué tipo y con qué frecuencia

4) Consideras que tu dieta sea saludable? Sí No

5) Te consideras tener un buen sistema de apoyo social (amigos/familia)? Sí No

Historia De Salud Familiar

- 1) *Estatu Civil:* Casado Solo Divorciado Viudo Separados
- 2) *nombre del conyuge:* _____
- 3) *Los cónyuges número de Teléfono (si es diferente de la tuya):* _____
- 4) *Nombres y edades de los niños:* _____

Para ayudar a su médico a determinar si su problema de salud es hereditaria, por favor complete el siguiente cuadro sobre la salud de los miembros de su familia inmediata.

	<i>Edad (Si Vivo)</i>	<i>Edad (Si Fallecido)</i>	<i>Problemas crónicos de Salud</i>
<i>Madre</i>			
<i>Padre</i>			
<i>Hermano/hermana</i>			
<i>Hermano/hermana</i>			
<i>Hermano/hermana</i>			

Revision de los Sistemas de

Para los nuevos pacientes, los pacientes establecidos que puede estar teniendo un problema nuevo, o la de nuestros pacientes que no hemos visto por un tiempo, necesitamos actualizar nuestros registros en cuanto a su estado general de salud médica. En cada área, si usted no está teniendo dificultades, por favor marque "No hay Problemas". Si usted está experimentando cualquiera de los síntomas mencionados, por FAVOR marque LOS QUE APLICAN, o de explicar que no pueden ser enumerados. Si usted tiene alguna pregunta acerca de esto, por favor pregunte a uno de sus empleados, o a su médico.

Const. De la salud (en General) No hay | Problemas de Falta de energía, aumento inexplicable de peso o pérdida de peso, pérdida de apetito, fiebre, sudores nocturnos, dolor en las mandíbulas de la hora de comer en el cuero cabelludo, la ternura, el diagnóstico previo de cáncer

Otros: _____

Oídos, Nariz, Boca & Garganta *No hay Problemas* | *con Dificultad de audición, problemas de los senos, secreción nasal, goteo post-nasal, zumbido en los oídos, llagas en la boca, perdida de dientes, dolor de oído, hemorragias nasales, dolor de garganta, dolor facial o entumecimiento*
Otros _____

C-V (Corazón Y Vasos Sanguíneos) *No hay Problemas* | *de latido Irregular del corazón, palpitaciones, dolores en el pecho, hinchazón de pies o piernas, dolor en las piernas al caminar.*
Otros _____

Resp. (Pulmones y la Respiración) *Sin Problemas* | *y Falta de aliento, sudoración nocturna, tos prolongada, sibilancias, producción de esputo, antes de la tuberculosis, pleuresía, oxígeno en el hogar, toser sangre, radiografía de tórax anormal.*
Otros: _____

GASTROINTESTINAL (Estómago Y los Intestinos) *No hay Problemas* | *Acidez, estreñimiento, intolerancia a ciertos alimentos, diarrea, dolor abdominal, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, sangre en las heces, cambios inexplicables en los hábitos intestinales, incontinencia.*
Otros: _____

GU (Riñón Y Vejiga) *Ningún problema* | *dolor al orinar, micción frecuente, urgencia, problemas de la próstata, problemas de la vejiga, de la impotencia.* **Otros:** _____

MS (Músculos, Huesos, Articulaciones) *Ningún problema* | *dolor en las Articulaciones, dolor en los músculos, dolor en el hombro, hinchazón de las articulaciones, deformidades articulares, dolor de espalda*
Otros: _____

Integ. (La piel, el Cabello Y el de Mama) *No Problemas* | *Persistentes erupción, picazón, piel nueva lesión, el cambio en los actuales lesión en la piel, pérdida de cabello o aumentar, cambios en las mamas*
Otros: _____

Neurológica (Cerebro Y los Nervios) *No Problemas* | *Frecuentes dolores de cabeza, visión doble, debilidad, cambios en la sensibilidad, problemas para caminar o equilibrio, mareo, temblor, pérdida de la conciencia, movimientos incontrolados, episodios de pérdida visual*
Otros: _____

Psiquiátricos (estado de Ánimo Y Pensamiento) *No hay Problemas* | *el Insomnio, la irritabilidad, la depresión, la ansiedad, la recurrente malos pensamientos, cambios de humor, alucinaciones, compulsiones.* **Otros:** _____

Endocrinológica (Glándulas) *No hay Problemas* | *Intolerancia al calor o al frío, irregularidades menstruales, hambre frecuente/orina/sed, cambios en el deseo sexual*
Otros: _____

Hematológicas (de Sangre y/o ganglios Linfáticos) *No hay Problemas* | *sangrado Fácil, fácil aparición de moretones, anemia, pruebas anormales de sangre, leucemia, inexplicable en las áreas inflamadas.* **Other:** _____

Alérgicas/Inmunológicas *No Problemas* | *de alergias Estacionales, fiebre del heno síntomas, picor, infecciones frecuentes, la exposición al HIV.* **Otros** _____

La Responsabilidad Financiera

- 1) *Quién es el responsable de sus pagos?* __ Seguro __ Mi empleador __ Cónyuge __ Yo __ Otros
- 2) *Tipo de seguro:* __ Automóvil __ Salud __ Compensación al Trabajador
- 3) *La compañía de seguros nombre, dirección y teléfono number*

Como una cortesía a usted, le enviaremos la factura a su compañía de seguros para usted. Todos los copagos, deducibles y pagos de los suplementos, apoyos y otros "no cubiertos" de los servicios en el momento del servicio, a menos que se han hecho arreglos previos. Los pagos pueden realizarse en efectivo, cheque, VISA o MasterCard. Los saldos pendientes de pago a 90 días y más se cobrará un interés del 2% por mes. Si usted no puede pagar en su totalidad, es su responsabilidad comunicarse con nuestro departamento de facturación para configurar un acuerdo de plan de pago. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato. Sus honorarios son debidos y pagaderos en el momento de los exámenes y los tratamientos recibidos, a menos que se hayan hecho los arreglos por adelantado.

Nuestra práctica se ha comprometido a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es normal y habitual para nuestra área. Usted es responsable por el pago completo, independientemente de cualquier compañía de seguros la determinación arbitraria de la normal y habitual de las tasas.

Por la presente otorgo a Cedar los Médicos de la Quiropráctica, LLC, los beneficios de otro modo pagadero a mí por cualquier tercero como el reembolso de los gastos y honorarios en relación con el tratamiento prestados. Solicito que el pago de beneficios autorizados ser hechas directamente con el proveedor de atención médica nombrado arriba en mi nombre. Soy responsable de cualquier descubierto o saldo a pagar, debido a que independientemente de la asignación. Estos cargos podrían incluir las cantidades aplicadas a mis anual deducible o co-pago de cantidades.

Citas Perdidas: Se requiere 24 horas de aviso de cancelación de todas las citas. Habrá un \$15.00 cargo a la paciente para todas las citas que se pierda y no se cancela.

Declaración del paciente: yo entiendo que soy responsable en última instancia para el pago de cualquiera de los servicios o productos que he recibido en esta oficina. También entiendo que seré responsable por cualquier cargo relacionado con el cobro de los saldos pendientes de pago, incluidos los honorarios razonables de abogado.

Firma del paciente: _____ de la Seguridad Social # _____

Fecha _____

Firma del padre o Tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Seguridad Social #: _____ Date: _____