

Matkin Chiropractic
727 E. Ferguson Rd. Mt. Pleasant, TX 75455
(903) 572-0212 email: drmatkin@suddenlinkmail.com
Historical Clinic del Caso de Quiropractica/Informacion del paciente

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Edad: _____ Direccion De Casa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Seguro Social: _____ Numero de Telefono: (____) _____
Correo Electronico: _____ Ocupacion: _____
Nombre de Empleador: _____
Numero de Empleador: (____) _____ Cuantos dias has perdido en el trabajo: _____
Direccion de empleador: _____
Como fueron referidos a nuestra Oficina: _____ Fecha del ultimo examen fisico: _____
Nombre de su Conyuge y Numero: _____
Estado Civil: Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Viudo/a
Como fueron referidos a nuestra Oficina: _____ Medico de familia: _____
Ha tenido alguna vez los mismos sintomas o condicions? Si o No, En caso que SI, Cuando y describir: _____
Nomber del pariente mas cercano: _____ Numero: _____
Ha sido tratado(a) de cualquier condicion de salud por un medico en el ultimo año: Si o No, En caso que SI, explique: _____

Por favor, compruebe todas y cada una de las coberturas de seguro que puedan ser aplicables en este caso.

*Compensación para Trabajadores *Médicos Mayores *Medicaid *Medicare *PIP/Med Pay
*Cuenta de Ahorros Médicos y Planes Flexibles *Otros * Ninguno

Nombre de la compañía de seguros Principal: _____
Nombre de la compañía de seguros Secundaria: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al quiropráctico u oficina quiropráctica. Autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con médicos personales y otros proveedores y pagadores de atención médica y para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención quiropráctica, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspendo o cancelo mi horario de atención según lo determine mi médico tratante, cualquier tarifa por servicios profesionales será inmediatamente debida y pagadera.

El paciente entiende y acepta permitir que esta oficina quiropráctica use su información de salud del paciente con el propósito de tratar, pagar, operaciones de atención médica y coordinación de la atención. Queremos que sepa cómo se utilizará su información de salud del paciente en esta oficina y que usted conciba esos registros. Si desea tener una descripción más detallada de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su información sobre la salud del paciente, le recomendamos que lea el AVISO DE HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento. Si hay alguien que no desea que reciba sus registros médicos, Por favor, informe a nuestra oficina.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Guardian autorizando la atencion: _____ Fecha: _____

Matkin Chiropractic
727 E. Ferguson Rd. Mt. Pleasant, TX 75455
(903) 572-0212 email: drmatkin@suddenlinkmail.com

Que crees que pudo causar tu problema: _____

Principal queja de esta visita: _____

Que crees que pudo causar tu problema: _____

Si, se trata de una recurrencia, Cuando fue la primera vez que noto este problema? _____

Que empeora tu problema? Sentarse, Doblar, Rendirse, Estornudos, Trabajo, o Orto? _____

Cundo es mayor tu problema: tomando Medicamentos, en la Mañanas, al Moverte, o orto? _____

Que tratamientos en casa ha ayudado o no: _____

Enumere cualquier otro médico que haya visto para esta afección y su tratamiento (use la parte posterior de la página si es necesario) _____

Te han hecho alguna radiografía o Resonancia Magnética, por esta problema: Si o No, En caso que Si donde?: _____

Que te impide hacer o disfrutar: _____

Has tenido algun hueso roto o un accidente grave/auto/caida, en algun momento de tu pasado? _____

Que Cirugias te han hecho? _____

Has tenido atencion Quiroprac Antes? Si O No, En caso Que Si, Cuando? _____

SOLO MUJERES: Estas Embarazda? Si O No... Numero de embarazos que a tenido? _____

Alguna orta afeccion/sintoma/resoma que le gustaria que el medico Tuviera en Cuenta? _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Guardian autorizando la atencion: _____ Fecha: _____