

West Cermak Road Wellness

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Codigo postal _____

Correo Electronico: _____

Telefono (casa/celular) _____ Fecha De Nacimiento: _____

Que tipo de trabajo hace? _____ Tiene seguro? Si No

Nombre del asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Como se entero de nueatra oficina? Anuncio, Pedorico, Cupon o Referido por: _____

Alguna vez a tenido cuidado quiropractico? Si No Le ayudo? Si No

Esta siendo tratado por una condicion medica? Si No qual es? _____

(Por favor circule lo que aplique)

DOLOR DE CUELLO	DOLOR EN EL HOMBRO	ENTUMECIMIENTO O HORMIGUERO
DOLOR DE ESPALDA ALTA	DOLOR EN EL CODO	ZUMBIDO EN LOS OIDOS
DOLOR DE ESPALDA BAJA	DOLOR DE RODILLA	DOLORES DE CABEZA
DOLOR DE CADERA	DOLOR DE TOBILLO	NAUSEA
DOLOR DE PIERNA	DOLOR DE MUNECA	VISION BORROSA

1) Ha estado involucrado en un accidente de Auto/Trabajo dentro de un ano? Si No Fecha: _____

2) Ha estado involucrado en un resbalon, caida o lesion personal dentro de un ano? Si No

3) Ha tenido cirugia en el ultimo ano? Si la respuesta es si, describa: _____

4) Tiene una historia de coagulos sanguineos, derrame cerebral o ataque al corazon? Si No

5) Esta embarazada? Si la respuesta es si, que tan avanzado? _____

6) Tiene cancer, o ha recibido tratamiento para el cancer o flebitis? Si No

Doy mi consentimiento al Doctor _____ que me examine y que tome radiografias de mi, si asi el lo aconseja.

Firma: _____ Fecha: _____