

ESCRIBA LEGIBLE

Numero del Paciente _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Apt# _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Numero Social: _____ - _____ - _____

Tel de Casa: _____ Celular: _____ Tel de Trabajo: _____

Tel en caso de emergencia: _____ Se lastimo en el trabajo? Si No

Marque Uno: Soltero Casado Divorciado Separado Otro Masculino Femenino

Nombre del asegurado: _____ Nombre del Trabajo: _____

Numero Social del asegurado: _____ Numero del Oficina: _____

Como se informo de nosotros: Paginas Amarillas TV Correspondencia

Letrero-Aqual _____ Persona-Nombre _____

FORMA DE PAGO

()Efectivo ()Cheque ()Compensacion del trabajador ()Tarjeta de Credito ()Aseguranza de Salud

()Aseguranza del Automobil

Nombre de la aseguranza: _____ Numero de grupo o reclamo: _____

Direccion: _____

Esta usted cubierto por otra aseguranza? () Si () No

Si su respuesta es si, Nombre de la aseguranza, direccion y grupo o reclamo: _____

QUEJAS SUBJECTIVAS

Explique cuando y como ocurio su problema de salud: _____

SUS SINTOMAS/QUEJAS: van y vienen son constantes vino con el tiempo vino de pronto

Sintomas han presistido por: horas dia dias semanas meses anos

Sintomas se han desarrollaron por: accidente de trabajo accidente de auto otro tipo de herida

causa desconocida

DESCRIBA Y MARQUE LAS AREAS DE QUEJA USANDO LA ILUSTRACION POR FAVOR SEA ESPECIFICO

Cabeza y cuello _____

Media espalda, hombros, brazos y manos _____

Espalda inferior, cadera, piernas y pies _____

OTRAS AREAS

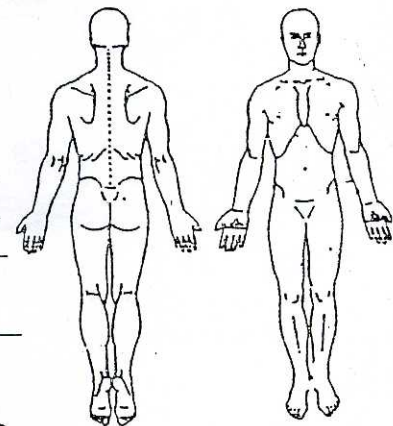
Que actividades **EMPEORAN** su condicion? _____

Que actividades **MEJORAN** su condicion? _____

Ha sufrido esta condicion anteriormente? Si No

Si respondio que si, diganos cuando _____

(MUJERES) Esta embarazada? Si No



ACUERDO DEL PACIENTE, ASIGNACION Y LIBERTAD

Yo, infrascrito, tengo cobertera con la aseguranza _____ y asigno directamente al Doctor _____ de todos los beneficios medicos, si hay alguno, de otra manera que sean pagados a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que sere responsable financieramente por todos los cobros si no llegara a pagar la aseguranza. Yo autirizo al Doctor que de cualquier informacion necessaria para poder obtener beneficios de pago. Yo autorizo con el uso de esta firma en todo lo que se somete asia la aseguranza.

Firma del naciente/Padre

Fecha