

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN

**INFORMACIÓN
PERSONAL**

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Dirección: _____
Calle C.P. Estado

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Edad: _____ ¿Está embarazada? Sí No _____ N° de semanas

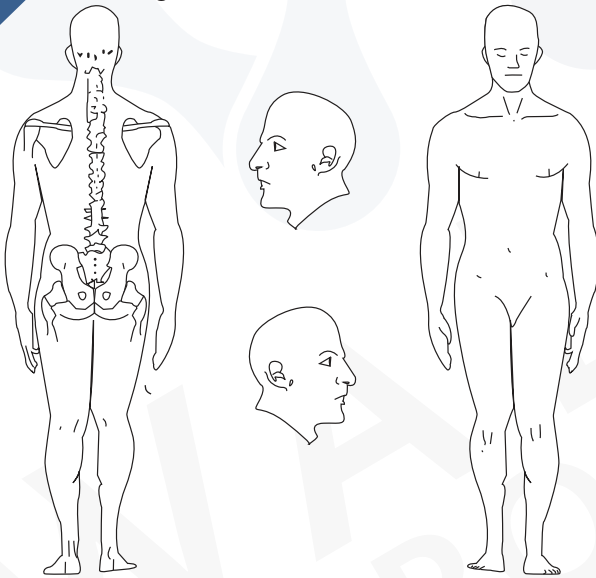
Nombre y dirección del empleador: _____

Profesión: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

**HISTORIA
MÉDICA ACTUAL**

Por favor, encierre en un círculo la ubicación exacta de cualquier dolor que esté experimentando. A continuación, describa el tipo de dolor, p. ej., leve, grave, intermitente, constante



En orden de importancia, haga una lista de las partes del cuerpo que más le molestan:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Su problema de salud ha:

- Mejorado
 Empeorado
 Estado igual

En una escala del 1 al 10 (siendo 10 el peor), ¿cómo es su nivel de dolor?

¿Cuándo fue la primera vez que se dio cuenta de este problema?

Describe cualquier accidente, caída, lesión, movimiento repentino, etc. eso puede haber causado su problema:

¿Se ha sometido a una cirugía desde su última visita? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía? Fecha de cirugía: ____ / ____ / ____

¿Tiene algún caso abierto con un abogado, una compañía de seguros o una compensación laboral? Sí No

¿Ha cambiado su seguro? Sí No

Compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

Relación: _____ Fecha nac.: ____ / ____ / ____

Sus honorarios son exigibles y pagaderos en el momento en que se reciben los exámenes, las radiografías y los tratamientos, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Las radiografías siguen siendo propiedad de esta clínica y se pueden formatear en un disco por una tarifa de \$25.

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso para el tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____