

# CARTA DE INTRODUCCIÓN PARA PACIENTES

(PATIENT INTRODUCTION CARD)

**Para poder servirle mejor es necesario, naturalmente, tener toda la información despoñe respecto a su salud actual. Para inducir un caso original por favor proveernos con lo siguiente.**

(In order for us to best serve you, we must naturally, have all available information regarding your present health. To bring our original case history up to date, would you please provide us with the following:)

**Nu.:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(No. :) (Date. :)

**Nombre (Sr. Sra. Sta.)** \_\_\_\_\_ **Teléfono (Casa)** \_\_\_\_\_  
Name (Mr. Mrs. Miss Ms.) (Apellido, Nombre, Segundo) Phone (Home)  
(Last, First, Middle)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Address) (Ciudad / City) (Estado / State) (Código Postal / Zip Code)

**Casado (da)** \_\_\_\_\_ **Soltero (ra)** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha De nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Married) (Single) (Other) (Age) (Date of Birth)

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Patrón:** \_\_\_\_\_  
(Occupation) (Employer)

**Dirección de el Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono (trabajo):** \_\_\_\_\_  
(Office Address) Phone (Office)

**Cuidado de Quiropráctico Antes?** \_\_\_ **Si** \_\_\_ **No** **Nombre de el doctor?** \_\_\_\_\_  
(Previous Chiropractic Care) (Yes) (No) (Doctor's Name)

**Nombre de la compañía de aseguranza:** \_\_\_\_\_  
(Name of your Insurance Company)

**Queja Mayor?:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social Nu:** \_\_\_\_\_  
(Major Complaint) (Social Security No.)

**Quien lo refirió con nosotros?** \_\_\_\_\_  
(Who or what source referred you?)

***Es Costumbre pagar por sus servicios por adelanto, al menos que se hallan hecho otros arreglos.***

*(It is Usual and Customary to Pay for Services as Rendered Unless Otherwise Arranged.)*

# CARTA DE INTRODUCCIÓN PARA PACIENTES

(PATIENT INTRODUCTION CARD)

**Para poder servirle mejor es necesario, naturalmente, tener toda la información despoñe respecto a su salud actual. Para inducir un caso original por favor proveernos con lo siguiente.**

(In order for us to best serve you, we must naturally, have all available information regarding your present health. To bring our original case history up to date, would you please provide us with the following:)

**Nu.:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(No. :) (Date. :)

**Nombre (Sr. Sra. Sta.)** \_\_\_\_\_ **Teléfono (Casa)** \_\_\_\_\_  
Name (Mr. Mrs. Miss Ms.) (Apellido, Nombre, Segundo) Phone (Home)  
(Last, First, Middle)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Address) (Ciudad / City) (Estado / State) (Código Postal / Zip Code)

**Casado (da)** \_\_\_\_\_ **Soltero (ra)** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha De nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Married) (Single) (Other) (Age) (Date of Birth)

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Patrón:** \_\_\_\_\_  
(Occupation) (Employer)

**Dirección de el Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono (trabajo):** \_\_\_\_\_  
(Office Address) Phone (Office)

**Cuidado de Quiropráctico Antes?** \_\_\_ **Si** \_\_\_ **No** **Nombre de el doctor?** \_\_\_\_\_  
(Previous Chiropractic Care) (Yes) (No) (Doctor's Name)

**Nombre de la compañía de aseguranza:** \_\_\_\_\_  
(Name of your Insurance Company)

**Queja Mayor?:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social Nu:** \_\_\_\_\_  
(Major Complaint) (Social Security No.)

**Quien lo refirió con nosotros?** \_\_\_\_\_  
(Who or what source referred you?)

***Es Costumbre pagar por sus servicios por adelanto, al menos que se hallan hecho otros arreglos.***

*(It is Usual and Customary to Pay for Services as Rendered Unless Otherwise Arranged.)*

# INFORMACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTE (PATIENT INFORMATION UP-DATE)

Paciente: \_\_\_\_\_ Nu.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Patient) (No) (Date)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
(Address) (City/State/Zip:)  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_  
(Home Phone) (Work Phone)  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social Nu.: \_\_\_\_\_  
(Date of Birth) (Social Security No.)  
Estado Civil:  Casado(da)  Soltero(ra)  Divorciado(da)  Viudo(da)  
(Marital Status) (Married) (Single) (Divorced) (Widowed)  
Quien es responsable por el pago?  Usted  Esposo  Otro  
(Who is responsible for payment?) (Self) (Spouse) (Other)  
Si es otro por favor explique: \_\_\_\_\_  
(If other, please explain:)

## ASEGURANZA DE EL PACIENTE (PATIENT'S INSURANCE)

## ASEGURANZA DE LA EsPosA(o) (SPOUSE'S INSURANCE)

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
(Name of Company) (Name of Company)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
(Address) (Address)  
ID y num de el grupo: \_\_\_\_\_ ID y num de el grupo: \_\_\_\_\_  
(ID & Group No. :) (ID & Group No. :)  
Nu de telefono: \_\_\_\_\_ Nu de telefono: \_\_\_\_\_  
(Phone No. :) (Phone No. :)  
Razón de esta visita: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Purpose of this visit) (Date of Birth)  
Ha visto otro doctor desde su última visita?  Si  No  
(Have you seen another Doctor since your last visit?) Yes No  
Si es si, quien vio?: \_\_\_\_\_  
(If yes, what did you see?)  
Esta tomando algún medicamento?  Si  No  
(Are you taking any medication?) Yes No  
Si es si, que esta tomando? \_\_\_\_\_  
(If yes, what are you taking?)  
Ha tenido alguna cirugía?  Si  No  
(Have you had any surgery?) Yes No  
Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
(If yes, please explain:)  
Describa su queja presente: \_\_\_\_\_  
(Describe your present complaint:)  
Ha tenido alguna caída o accidente desde su última visita?  
(Have you had any new falls or accidents since your last visit?)  
 Si  No Fecha de su caída o accidente: \_\_\_\_\_  
Yes No (Date of fall or accident:)