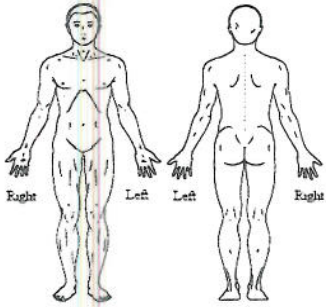


Bienvenidos

Chiropractic Today

Información del Paciente			Información para Ubicarlos	
Fecha _____			Numero de telefono: Casa _____	
Nombre del Paciente _____			Cellular _____	Trabajo _____
Dirección _____			E-mail _____	
Ciudad _____	Estado _____	Codigo Postal _____	EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR:	
Sexo: Masculino Femenino			Nombre _____	
Fecha de Nacimiento _____			Numero de telefono: _____	
SS # _____			Referrido Por: _____	
Ocupación/ en que trabaja? _____				

Condiciones	
Razón de su visita _____	
Cuando comenzarán sus síntomas? _____	
Su condición a empeorado? _____	
Marque con una X en la foto donde usted tiende dolor, adormecimiento o cosquilleo. Cual es la severidad de su dolor en la escala del 1 (leve) al 10 (intenso) _____	
Tipo de Dolor: Punsante <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Quemason <input type="checkbox"/> Cosquilleo <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/>	
Que seguido tiene el dolor? _____	
Es consistente o va y viene? _____	
Le interfiere con: Trabajar <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Rutinas Diarias <input type="checkbox"/> Pasa Tiempos <input type="checkbox"/>	
Actividad o movimientos que empeoran el dolor: Sentarse <input type="checkbox"/> Estar Parado(a) <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Agachar <input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/>	
En que posición duerme? Espalda <input type="checkbox"/> Lado <input type="checkbox"/> Boca Bajo <input type="checkbox"/>	
A tenido accidentes, caídas o operaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Describe: _____	
Toma algún medicamento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Describe: _____	

Indique algunos de los siguientes sintomas que le ha dado dificultad:

<input type="checkbox"/> Perdida de memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Sudores Fríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Luces molestan los ojos <input type="checkbox"/> Zumbido en el oído <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cuello rechinante <input type="checkbox"/> Espasmos en los músculos del cuello	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Tension en los hombros <input type="checkbox"/> Perdida de balance <input type="checkbox"/> Dolor en las manos <input type="checkbox"/> Manos frías <input type="checkbox"/> Pinchadas en los brazos y manos <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dolor en la mitad de la espalda <input type="checkbox"/> Ataque de corazón <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Presión baja <input type="checkbox"/> Artiritis <input type="checkbox"/> Nerviosidad <input type="checkbox"/> Agruras	<input type="checkbox"/> Tensión <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Gases intestinales <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Problemas de riñones <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dolores de menstruales <input type="checkbox"/> Mestrucación irregular <input type="checkbox"/> Dolores de las articulaciones <input type="checkbox"/> Articulaciones hinchadas <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas <input type="checkbox"/> Tobillos o rodillas hinchadas <input type="checkbox"/> Pies frios <input type="checkbox"/> Dolor en el arco del pie
---	---	---



**Authorization Notice for the Use and Disclosure of the
Patients Protected Health Information**

1. I am authorizing **Chiropractic Today** and staff to use my name out loud in order to call me back to a room for chiropractic care.
2. I understand that if the practice intends to use my name for advertising purpose or for testimonial purposes they must get further permission.
3. I understand that this authorization is voluntary.
4. I am authorizing **Chiropractic Today** and staff to use and/or disclose my protected health information (PHI) to insurance companies, lawyers and doctors for all health care delivery purposes, which are known as treatment, payment and health care operations (TPO).
5. I understand that this office will not receive financial or in-kind compensation in exchange for using or disclosing any of my health information.
6. I understand that I may request a copy of this form at any time for any reason and it will be provided for me.
7. This form and the Notice of Privacy Practice for Protected Health Information were completely read and filled in by me before I signed it. I certify that all my questions were answered to my satisfaction and that I understand this authorization form and its contents.
8. I further understand that this authorization is valid from today until I ask for a change in this policy in writing.

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____