

Historia Personal

Nombre: _____ Fecha: _____ S.S.# _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Numero de telefono: _____ # de su empleado: _____ Celular: _____

Direccion electronica: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Sexo Mujer Hombre

Lugar donde trabaja: _____

Direccion de el trabajo: _____

Tipo de trabajo: _____ anos empleado _____

Eres: Casado Soltero Viudo Separado Divorciado # of hijos: _____

Contacto familiar en caso de una emergencia _____ la relacion _____

Telefono del familiar _____

Quien es responsable de su cuenta medica: _____

Condicion de su salud

El proposito de esta cita: _____

El hospital o los doctores que visito para esta condicion.

Cuando Y Como comenzo esta condicion (describe)

Esta desabilitado, favor de dar las fechas: _____

Que medicacion estas tomando: _____

Tienes alergias Si No Mencione cuales

Historia Pasada de salud

Por favor describa:

Cirugias mayores/ describa: Appendectomy Tonsilectomia La vesicular biliar Hernia Huesos rotos

Otros _____ describe _____

Hospitalization: _____

Quiropractico Orthopedico nerologo otro _____

Fecha de examen _____ Nombre de medico _____

INFORMACION DE SEGURO

Es su condicion debido a un accidente de auto o de sus actividades de trabajo? _____

Tienes seguro de salud? Si No

Nombre de la compania de seguro: _____

Numero de la poliza _____

Esta ud. Cubierto por medicare? Si No

Numero de Medicare _____

Hay alguna posibilidad que ud. Este embarazada? Si No Fecha du su ultima menstruacion

Yo entiendo y estoy en acuerdo que la poliza de salud y accidente es un arreglo entre la compania de seguro y mi persona. Ademas, yo entiendo que Suburban Orthopaedic and Medical Center, LLC prepara cualquier formulario y reporte necesario para asistirme en el cobro a la compania de seguro y que cualquier cantidad autorizada a pagar a **Suburban Orthopaedic and Medical Center, LLC** directamente sera acreditada a mi cuenta. Ademas, yo claramente entiendo y estoy en acuerdo que todos los servicios que me den se me cobraran directamente y que yo soy responsable por pagos. Tambien entiendo que si yo suspendo o termino mi tratamiento cualquier cobro por los servicios profesionales que se me den los pagare inmediatamente.

Yo _____ juro que en _____ fui herido a causa de::

Accidente de automovil Accidente de autobus Resvalada o caida y otro accidente
Otro _____

Firma de paciente _____

Firma de representante o esposa _____ Fecha _____

Firma de Doctor _____

Entiendo que puedo ser sujeto a una prosecucion criminal y penalidades civiles s esta informacion no es cierta.

Informacion de la salud de su familia: (muchos problemas de salud son hereditarios. Esta informacion nos dara una mejor idea y conocimiento de su estado de salud en general.)

Nombre	Relacion	Presente Y Condicion anterior de salud