

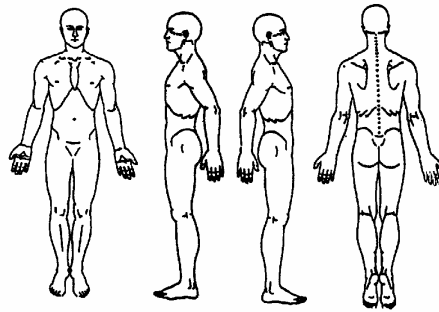
Información de su Historia de Salud

Esta Información es confidencial. Si no creemos que su problema va a responder favorablemente, no podríamos aceptar su caso. Lo referiremos a alguien que le podrá ayudar. Para poder entender su problema de salud. Favor de completar esta forma. Gracias.

Fecha _____ Social Security # _____
Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil C S V D Niños _____
Ocupación _____ Empleado por _____
Dirección de empleo _____ Teléfono _____
Nombre del Esposo(a) _____ Ocupación _____
Empleado Por _____ Teléfono _____
Nombre de un familiar cercano _____ Teléfono _____

Indique dolores, Heridas, y duración

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____



Otros doctores consultados por estos problemas;

Nombre de Hospital _____ Fecha de Consulta _____
Diagnóstico _____ Tratamiento _____
Recomendaciones _____

Nombre _____ Fecha de Consulta _____
Diagnóstico _____ Tratamiento _____
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? _____ Frecuencia _____

Nombre _____ Fecha de Consulta _____
Diagnóstico _____ Tratamiento _____
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? _____ Frecuencia _____

Doctor de familia _____ Fecha del ultimo examen _____

INFORMACION MONETERIO:

Compania de Seguro (Primero) _____
Numero de Poliza _____ ID# _____ Asegurado _____

Compania de Seguro (Secundario) _____
Numero de Poliza _____ ID# _____ Asegurado _____

Nombre del Abogado _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

¿Que cirugías ha tenido Usted?

Tipo/Fecha/Doctor/Observaciones_____

Lista de accidentes o caídas serias:(auto, trabajo, casa, tiempo libre, deportes u otro - circule uno)

Qué/Cuándo/Síntomas/Tratamiento/Resultados_____

Lista de huesos rotos:

Qué/Cuándo/Observaciones_____

Lista de medicaciones y/o suplementos de dieta que Usted ingiere:

Que tipo/Frecuencia/Doctores/efectos secundarios perjudiciales/observaciones_____

Lista De Enfermidades:

(Por Ejemplo: Alta Precion, Diabetes, Ataque de Corozon, Ataque de Cerebro, Asma, Ulceras, Cancer, Artritis, Depression)_____

Lista De Actividades De Trabajo Y Casa
