

# Chiromedic Family Practice d/b.a South Miami Chiropractic

6075 SW 72ND STREET, SUITE 203  
MIAMI, FL 33143

## QUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

### Información General:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo: F M

Estado Civil:  Casado  Separadi  Viudo

Soltero Cuantos Hijos tiene? \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años, quién es su responsable legalmente por usted? (Padres or Guardian legal)

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Con quien reside?  Madre y Padre  Padre  Madre

Guardian Legal  Ninguno

Direccion de su Domicilio:

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Su Ocupacion

Empleador \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estudiante en: \_\_\_\_\_

Tiempo Completo  Medio Tiempo

### INFORMACION DEL CONYUGE

Nombre del Conyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tel Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estudiante en: \_\_\_\_\_

Tiempo Completo  Medio Tiempo

### Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Como supo de nosotros:

Groupon  YELP  GOOGLE

Otro Paciente \_\_\_\_\_

Directorio de su Seguro Medico

Other \_\_\_\_\_

### Su condición médica se debe a un ACCIDENTE DE AUTO O DE TRABAJO?

SI  NO

Por favor describa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si su condición no resulto de ninguna de las opciones anteriores, EXPLIQUE como resultado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Approximadamente, desde cuando sufre esta condicion?

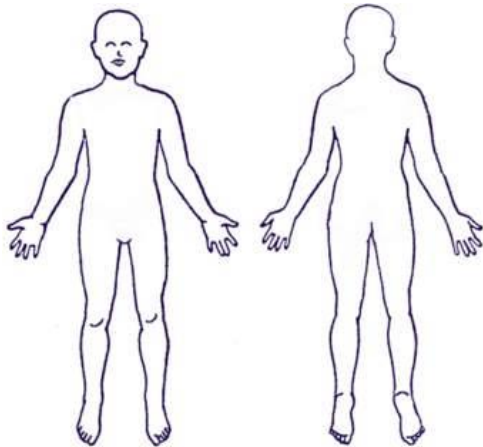
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Describe su condicion, sus sintomas o el proposito de esta visita

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque con una X las areas que le duelen o presentan molestias:

En la escala de 0 to 10 donde 0 significa que **NO HAY dolor** y



**10 significa Dolor Agonizante:  
que tan extremo es tu dolor:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ha sufrido de lo mismo antes?  SI  NO

Si contesto SI, por favor describa y desde cuando:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor indique a cuales otros Proveedores Medicos ha visto PARA ESTA CONDICION y cuando fue la ultima vez que los vio:

1) Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Practica: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_

Tiipo de Practica: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de su ultima examinacion medica?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Que cirugias ha tenido y

cuando? \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cuando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Alguna enfermedad o condicion seria?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ha sido tratado por un Doctor por alguna condicion de salud durante el ultimo año?  SI  NO

Describe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuáles medicamentos o drogas esta tomando actualmente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alguna vez ha sufrido de:

- Mareos  Artritis  Problemas Estomago
- Dolor de Espalda  Dolor de Cabeza  Nerviosismo
- Problemas del Corazon
- Extremidades Adormecidas
- Sinucitis  Diabetes  Asma  Anemia
- Hernias  Nervio Siatico  Cancer

**MUJERES SOLAMENTE:**

Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada?  SI  NO  No estoy segura

Tiene Seguro Médico?  SI  NO

No estoy seguro

Compañía: \_\_\_\_\_

A nombre de: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Es este seguro a través de su empleador?

SI  NO

Quién es su Empleador?

\_\_\_\_\_

**ACERCA DE SU SEGURO MEDICO  
POR FAVOR LEER Y MARCAR SUS INICIALES**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que mi la poliza de mi seguro medico o seguro de auto son acuerdos entre estas companias y mi persona y no entre estas y esta oficina medica.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Yo \_\_\_\_\_ por este medio Autorizo a Chiromedic Family Practice a enviar a mi compania de seguro todos los cargos por servicios rendidos. Tambien autorizo a mi compania de seguros a enviar pago por estos servicios directamente a:

Chiromedic Family Practice, LLC  
6075 SW 72nd Street, Suite 203  
Miami, FL 33143  
NPI # 1295152742  
Tax Id# 46-5157434

\_\_\_\_\_ **Tambien entiendo y reconozco la posibilidad de que mi seguro me envíe a mi directamente los pagos correspondientes a los servicios rendidos por Chiromedic Family Practice. Si este fuera el caso, Yo me responsabilizo por enviar los pagos y Documentos de Explicacion de Beneficios a Chiromedic Family Practice.**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar los Co-Pagos y Deducibles requeridos por mi seguro. Ademas entiendo que la informacion inicial brindada a esta oficina por ellos es solamente un Estimado y puede que no refleje mi responsabilidad final, la cual es determinada una vez que los cargos sean procesados por la compania de seguros.

\_\_\_\_\_ En el caso de que mi seguro no pague los cargos presentados a mi nombre en el porcentaje anticipado o dentro de tiempo razonable, y una vez que esta oficina lo solicite, Yo pagare inmediatamente el balance debido en mi cuenta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que un porcentaje de interes puede aplicar en cuentas pendientes por mas de 90 dias. Tambien entiendo que esta oficina puede tomar acciones adiciones para colectar el balance en mi cuenta y todo gasto incurrido sera mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ Yo autorizo a esta clinica a transmitir cualquier informacion pertinente a mi tratamiento a la compania de seguros, y/o abogado que me represente. Tambien les autorizo a completar los reportes y formas necesarias que asistan en el cargo y cobro de mis servicios a companias de seguro, abogados u otras companias pertinentes.

**ACERCA DE SU TRATAMIENTO  
POR FAVOR LEER Y MARCAR SUS INICIALES**

Con el proposito de mantener comunicaciones claras y efectivas, asi como de ayudarle a obtener los mejores resultados con su tratamiento en el menor tiempo posible, por favor lea cada seccion y marque su Inicial indicando su aceptacion:

\_\_\_\_\_ Yo solicito a Chiromedic Family Practice a proveerme del tratamiento que en su opinion profesional es necesario para la restauracion de mi salud. Tambien entiendo que el tratamiento quiropractico y terapeutico brindado esta basado en la mejor evidencia y practica disponible para reducir o corregir subluxaciones vertebrales. Entiendo que la Medicina Quiropractica es una profesion separada y distinta de la Medicina Tradicional y no pretende proclamar que cura ninguna enfermedad per se.

\_\_\_\_\_ Entiendo que existe la posibilidad de que se tomen Rayos X y que estos pueden tener efectos negativos durante el embarazo y que dentro de mi conocimiento NO ME ENCUENTRA EMBARAZADA.

Fecha de mi ultimo Periodo menstrual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar una copia de las Practicas de Privacidad de esta clinica y entiendo que estas describen la forma en que mi informacion personal y de salud es manejada y protegida en mi representacion mientras se busca el cobro y pago de mis cargos.

\_\_\_\_\_ Autorizo a esta clinica a llamarme o enviar correos electronicos o mensajes de texto para confirmar, o cambiar mis citas. Tambien les autorizo a enviarme correspondencia ocasional pertinente informacion de salud o mi tratamiento como una extension de mi tratamiento en esta oficina.

\_\_\_\_\_ Que leido, entendido y aprubo toda la informacion anterior. Que he completado este cuestionario diligente y honestamente y he proveido infomacion verdadera.

**Firma del paciente o Guardian Legal:**

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, Nombre del Menor

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_