

Care Chiropractic Clinic  
Dr. Craig Willemstein, D.C.  
2303 S Memorial Drive  
Tulsa, Oklahoma 74129  
918-622-9533

Fecha: \_\_\_\_\_ Numero de Caso \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
1° 2° APELLIDO

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Marque si usted es: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ # de hijos \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento quiropráctico anteriormente? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

¿Sus problemas de salud actuales se deben a un accidente o lesión? ¿Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor describa los principales problemas de salud por los que vino a nuestra oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo y en qué fecha empezaron los síntomas? \_\_\_\_\_

Haga una lista de los médicos que lo atendieron por este problema: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sus síntomas interfieren con sus actividades habituales, incluyendo el trabajo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si es así, ¿de qué manera?

\_\_\_\_\_ Ha perdido días de trabajo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Última fecha en que trabajó \_\_\_\_\_

¿Quién se va ser responsable de la cuenta? Yo \_\_\_\_\_ Esposo/a \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo/a? \_\_\_\_\_ Ocupación de su esposo/a \_\_\_\_\_

Empleador de su esposo/a \_\_\_\_\_ Número del trabajo \_\_\_\_\_

Número de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Haga una lista de las condiciones que más le interesa corregir, en orden de importancia.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Los cargos se pagan en el momento en que las radiografías, el examen, y el tratamiento se han recibido, a menos que otros arreglos se hagan por anticipado. Las radiografías siguen siendo propiedad de esta clínica. Por este medio yo doy permiso para recibir tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\*AVISO DE PRIVACIDAD – DEBIDO A UNA AREA DE TERAPIA ABIERTA – AREA DISPONIBLE BAJO PETICION\*