



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

## CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuales son sus quejas? (Que parte de su cuerpo le duele):

\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ha tenido con esta condicion? \_\_\_\_\_

Ha tenido esta condicion en el pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que agrava su condicion? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siente que su condicion se esta empeorando? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El Dolor es: Constante \_\_\_\_\_ Viene y Va \_\_\_\_\_

Ha tenido atencion quiropractica antes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Lista de doctores que an tratado esta condicion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fast Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

## Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Lista de cirugias y años: \_\_\_\_\_

Lista de Medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

Edad del Colchon: \_\_\_\_\_ Incomoda: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Comoda Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta usted usando? Talon Ascensores \_\_\_\_\_ Suelas interior \_\_\_\_\_ Refuerzo para el arco \_\_\_\_\_

Ha estado usted alguna vez en un accidente automovilistico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto (si) favor de describir su accidente y la fecha en cuando ocurrio su accidente en el pasado: \_\_\_\_\_

Ha tenido otras lesiones o accidentes antes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto (si) favor de describir y la fecha en cuando ocurrio: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Doctor de familia: \_\_\_\_\_

Ha sufrido usted de lo siguiente?

|                   |                             |                                  |
|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Mareo _____       | Dolores de Espalda _____    | Dolor de Cuello _____            |
| Diabetes _____    | Artritis _____              | Dolores de cabeza _____          |
| Asma _____        | Neuritis _____              | Digestivas de enfermedades _____ |
| Nerviosismo _____ | Problemas del Corazon _____ | Problemas Sinusitis _____        |

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Por favor incluya otra dolencia o condiciones, Cualquier tratamiento o medicos que ha visto para esta condiciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Es su condicion debido a un accidente de carro o accidente de trabajo relacionados con la lesion por la cual esta en nuestra officina? Si \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** carro: \_\_\_\_\_

Numero del clamo cuando **USTED** susmetio al Seguro que **USTED** tuvo un accidente de carro:

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro de **SU** trabajo: \_\_\_\_\_ **WCB:** \_\_\_\_\_

Numero del clamo que **SU** trabajo susmetio al seguro de ellos que usted tuvo una herida en el trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Number de **SU** seguro medico: \_\_\_\_\_

Numero de politica: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

HMO/PPO/Senior Plan: \_\_\_\_\_

---

East Hills office: 118 Crescent Lane, Roslyn Heights, NY 11577, (516) 626-1305  
Queens office: 865 Cypress Avenue, Ridgewood, NY 11385, (718) 628-5300  
[www.easthillschiropractor.com](http://www.easthillschiropractor.com) [www.chiroNYC.com](http://www.chiroNYC.com)



# Brattner

## Chiropractic Group

Serving Long Island, Brooklyn & Queens

Entiende y acepta que las politicas de salud y accidente son un acuerdo entre una compañía de seguro y yo mismo. Ademas, tengo entendido que esta oficina de quiropractica prepara cualquier necesario informe y formularios para que me ayude en la toma de coleccion de la compañía de seguros y que cualquier importe autorizado a pagarse directamente a esta oficina de quiropractica sera acreditado a mi cuenta una vez recibida. Sin embargo, claramente entiende y acepta que todos los servicios prestados a me pagan directamente a mi y que estoy personalmente responsable por el pago. Tambien entiendo que si suspender o poner fin a mi atencion y tratamiento, los honorarios por servicios profesionales prestados para mi sera inmediatamente adeudadas y pagaderas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autoriza la liberacion de mis radiografias y registros medicos o copias de los mismos y solicitador que trasferirse a: