



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Flow Chiropractic Pdx
9643 SE Tenino Ct
Happy Valley, Oregon 97086
www.FlowchiropracticPdx.com

Por favor permítale a nuestro personal de oficina fotocopiar su licencia de conducir y tarjeta de seguro. Toda información provista por usted es confidencial. Nosotros cumplimos con las normas y regulaciones Federales de Privacidad.

Por favor escriba con claridad.

Fecha de Hoy (MM/DD/AÑO)

¿Ha consultado a un Quiropráctico anteriormente?

Patient Number (office use only)

No Sí

¿A quién le extendemos las gracias por referirle?

¿Cuándo?

¿Quién?

Edad **Género**
 Masculino Femenino

Raza
 Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawaii Otro – Isleño del Pacífico Otro Blanco
 Prefiero no responder

Etnicidad
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
 Prefiero no responder

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)

Apellido **Número de Seguro Social** **Uso de Tabaco**
 Nunca he fumado Ex Fumador
 Fumador – Todos los días Fumador – Uno que otro día
Primer Nombre **Segundo Nombre (inicial)** Fumador Empedernido Fumador Leve

Dirección **Estado Civil:** Casado(a)
 Soltero(a) Divorciado(a)
Ciudad **Estado** **Código Postal** Viudo(a) Separado(a) **Preferred Language**

Teléfono de la Casa **Teléfono de Celular** **Nombre de su Cónyuge**

Dirección de su Correo Electrónico **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Persona de contacto en caso de Emergencia **Teléfono Adicional** **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Su Profesión/Ocupación **Nombre de su hijo/hija y Edad**

Su Empleador **Teléfono del Trabajo**

Dirección **¿Nos permite llamarle en su trabajo?**
 Sí No
Ciudad **Estado** **Código Postal** **¿Cómo prefiere nos comuniquemos con usted?**
 Teléfono de la Casa Teléfono de Celular
 Teléfono del Trabajo Correo Electrónico / E-mail

Nombre de su Médico Primario

Compañía de Seguro **Numero de Póliza**

Apellido del Asegurado **Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)** **¿Quién es el portador
encargado de la póliza?**
 Si mismo Cónyuge
 Pariente

Primer Nombre **Segundo Nombre (inicial)**

Empleador del Portador encargado de le póliza de Seguro

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Teléfono del Empleador**

CONFIDENTIAL HEALTH INFORMATION

Por favor describa su Condición Primaria en el espacio delineado para tal efecto. Use los espacios delineados en Condición Secundaria y Condiciones Adicionales si estas aplican en su caso.

Condicion Primaria

El síntoma primordial por el cual estoy buscando cuidado hoy es: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
 Es un interés de Bienestar de Salud
 Otro _____

Comienzo (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) _____

Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados Acupuntura
 Medicamentos sin receta Quiropráctico
 Remedio Homeopático Masaje
 Terapia Física Hielo
 Cirugía Calor
 Otro _____

Condicion Secundaria

El síntoma secundario por el cual estoy buscando cuidado hoy es: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
 Es un interés de Bienestar de Salud
 Otro _____

Comienzo (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) _____

Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados Acupuntura
 Medicamentos sin receta Quiropráctico
 Remedio Homeopático Masaje
 Terapia Física Hielo
 Cirugía Calor
 Otro _____

Condiciones Adicionales

Los síntomas adicionales por los cuales estoy buscando cuidado hoy son: _____

Y son los resultados de:

- Un accidente o golpe
 En el trabajo En el Carro Otro _____

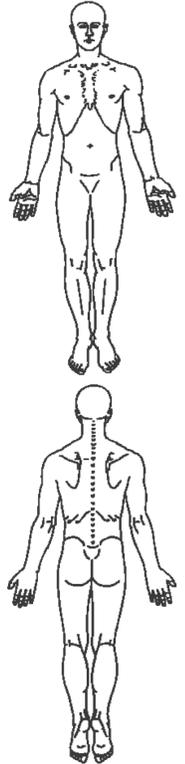
- Es un problema de mucho tiempo que sigue empeorando
 Es un interés de Bienestar de Salud
 Otro _____

Comienzo (¿Cuándo notó los Síntomas actuales por primera vez?) _____

Intervenciones Previas (¿Qué ha hecho para aliviar los síntomas?)

- Medicamentos Recetados Acupuntura
 Medicamentos sin receta Quiropráctico
 Remedio Homeopático Masaje
 Terapia Física Hielo
 Cirugía Calor
 Otro _____

Ubicación
 (¿Dónde le Duele?)
 Marque con "O" condición actual
 Marque con "X" condición anterior



1. ¿Qué más debería Flow Chiropractic saber sobre su condición actual? _____

2. ¿Cómo le interfiere su presente condición para con su:

Trabajo: _____

Actividades Recreacionales: _____

Responsabilidades del Hogar: _____

Relaciones Familiares: _____

3. Repaso de Síntomas

El cuidado quiropráctico se enfoca en la integridad de su sistema nervioso, el cual controla y regula su cuerpo Entero. Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted ha tenido o que sufre Actualmente y firme sus iniciales en la línea a la mano derecha.

- a. Músculo esquelético**
- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Escoliosis | <input type="radio"/> Dolor de Cuello | <input type="radio"/> Problemas de Espalda | <input type="radio"/> Problema de Cadera | |
| <input type="radio"/> Heridas de la Rodilla | <input type="radio"/> Dolor de Pie/Tobillo | <input type="radio"/> Problemas de Hombro | <input type="radio"/> Dolor del Codo / Muñeca | <input type="radio"/> Problemas de Articulación Temporomandibular | <input type="radio"/> Mala Postura | Iniciales _____ |
- b. Neurológico**
- | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza | <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Entumecimiento | |
| | | | | | | Iniciales _____ |
- c. Cardiovascular**
- | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Presión Alta | <input type="radio"/> Presión Baja | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Mala Circulación | <input type="radio"/> Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Contusiones Excesivas | |
| | | | | | | Iniciales _____ |
- d. Respiratorio**
- | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Apnea | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Fiebre del Heno | <input type="radio"/> Falta de Aire | <input type="radio"/> Neumonía | |
| | | | | | | Iniciales _____ |
- e. Digestivo**
- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Anorexia/Bulimia | <input type="radio"/> Ulceras | <input type="radio"/> Sensibilidad a los Alimentos | <input type="radio"/> Acidez Estomacal | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Diarrea | |
| | | | | | | Iniciales _____ |
- f. Sensoriales**
- | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Visión Borrosa | <input type="radio"/> Zumbidos en Los Oídos | <input type="radio"/> La Pérdida de Audición | <input type="radio"/> Infección crónica del oído | <input type="radio"/> Pérdida del Cabello | <input type="radio"/> Pérdida del Gusto | |
| | | | | | | Iniciales _____ |
- g. Integumentario**
- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | Tenia/Tiene <input type="radio"/> | NINGUNO <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Cáncer de Piel | <input type="radio"/> Psoriasis | <input type="radio"/> Eczema | <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Caída del Cabello | <input type="radio"/> Erupción/Sarpullido | |
| | | | | | | Iniciales _____ |

Nombre del Paciente _____

Patient Number (office use only) _____

Doctor's Initials _____

Flow Chiropractic Pdx _____

(Continued from previous page)

h. Endocrino

- Tenia/Tiene Problemas De Tiroides Enfermedades Inmunológicas Hipoglucemia Infecciones Frecuentes Glándulas Inflamada s Poca Energía NINGUNO

i. Genitourinario

- Tenia/Tiene Piedra en el Riñón Infertilidad Se orina en la cama Problemas de Frecuentes Disfunción Eréctil Síndrome Premenstrual NINGUNO

j. Constitucional

- Tenia/Tiene Desmayos Libido Bajo Poco Apetito Fatiga Repentino cambio en peso Debilidad NINGUNO

Nombre del Paciente _____

Patient Number (office use only) _____

Todo otro Síntoma es Negativo

Personal pasado, Historial de Familia y Social

Favor de indicar su historial pasado de salud, incluyendo accidentes, heridas, enfermedades y tratamientos. Favor de completar cada sección en su totalidad.

4. Enfermedades		5. Operaciones		6. Tratamientos	
Marque las enfermedades que si ha tenido en el pasado o tiene actualmente.		Intervenciones Quirúrgicas, las que hayan incluido o no.		Marque todos los que haya recibido en el pasado o está recibiendo ahora.	
Tenia/Tiene	Tenia/Tiene			Pasado	Presente
<input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDA	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Sacaron el Apéndice	<input type="radio"/> Cirugía de Derivación Coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acupuntura
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alcoholismo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Tifoidea	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Cirugía Cosmética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Antibióticos
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ulceras	<input type="radio"/> Cirugía Electiva: _____	<input type="radio"/> Cirugía de los Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pastillas Anticonceptivas
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Arteriosclerosis	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros: _____	<input type="radio"/> Histerectomía	<input type="radio"/> Marcapaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Transfusiones de Sangre
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer		<input type="radio"/> Espina Dorsal _____	<input type="radio"/> Amigdalotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quimioterapia
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Varicela		<input type="radio"/> Vasectomía	<input type="radio"/> Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quiropráctico
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes	7. Alergias			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Diálisis
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia	Es usted alérgico a algún medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hierbas
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Homeopáticos
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Bocio	En caso de responder afirmativamente, por favor liste las alergias acá:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Remplazo Hormonal
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Gota	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Inhalador
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Masajes
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Terapia Física
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Malaria	_____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Medicamentos:
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarampión	_____			<input type="radio"/>	(Por favor indique abajo todas las prescripciones, medicamentos sin prescripción, suplementos naturales, enzimas, vitaminas y minerales):
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Las Paperas				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Polio				<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática	8. Heridas			<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Escarlatina	Alguna vez ha tenido...	<input type="radio"/> Hueso Roto o fracturado	<input type="radio"/> Que Usar Muletas	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedades Sexuales	<input type="radio"/> Problema de Columna/Nervios	<input type="radio"/> Pérdida de Consciencia	<input type="radio"/> Que Usar Cuellera	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Golpes en un Accidente	<input type="radio"/> Respaldo Lumbar	<input type="radio"/> Un Tatuaje / Perforación	<input type="radio"/>	_____

Consultation Notes

9. Historial de Familia

Algunos problemas de salud son hereditarios. Dígame a Flow Chiropractic sobre la salud de sus familiares inmediatos.

FAMILIA	Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud		Enfermedades	Edad al Morir	Causa de Muerte	
			Buena / Pobre				Natural/Enfermedad	
	Madre	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Padre	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Hermana	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Hermana	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Hermana	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Hermana	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

10. ¿Existen alguna otra enfermedad de salud que sea hereditaria? _____

11. Historial Social

Favor de anotarle a Flow Chiropractic sobre sus hábitos de salud y niveles de estrés.

SOCIAL	Uso de Alcohol	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Oración o Meditación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Café	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Presión/Estrés en el Trabajo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de Tabaco	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Paz Financiera	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Ejercicios	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	¿Vacunado?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Medicamentó para el Dolor	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Calzas de Mercurio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Refrescos/Soda	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____	Drogas Recreacionales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Consumo de Agua	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal	¿Qué Cantidad? _____		
	Pasatiempos/Aficiones:	_____			

Doctor's Initials _____

Flow Chiropractic Pdx

12. Actividades de Vida cotidiana

¿Cómo le afecta la presente condición en su vida y su habilidad de función?

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantándose de una silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiendo las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montándose/Bajándose del Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejando el Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando por encima del Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a su Familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No Afecta	Afecta Levemente	Afecta Moderadamente	Afecta Severamente
Haciendo Compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tareas del Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando Objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando cosas altas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bañándose / Duchándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Intima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logrando el Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniéndose Dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrándose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando en el Patio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre del Paciente _____

Patient Number
(office use only)

13. ¿Cuál es el factor de mayor estrés en su vida? _____ 14. ¿Cuántas horas de sueño obtiene por noche? _____ Horas

15. ¿Cuál es el tipo y edad aproximada de su colchón y almohada? _____ 16. ¿Cuál es su posición preferida para dormir? _____

17. ¿Describe sus hábitos de alimentación? Olvido Desayuno Dos comidas diarias Tres Comidas diarias Meriendo entre comidas

18. ¿Qué sería lo más significativo que haría para mejorar su salud? _____

19. Además del motivo de su visita, ¿Qué otras metas de salud tiene usted? _____

Aceptación

Para establecer expectativas claras, mejorar la comunicación y ayudarle a obtener los mejores resultados en el tiempo más razonable, por favor lea e indique con sus iniciales que usted ha entendido y está de acuerdo.

Iniciales _____ Yo le autorizo al Quiropráctico a que aplique el tratamiento, que bajo su opinión profesional, mejor me pueda ayudar a restaurar mi salud. Además comprendo que el cuidado quiropráctico que me sea brindado en esta clínica está basado en la mejor evidencia disponible y diseñado para reducir o corregir la subluxación vertebral. La Quiropráctica es un arte curativo que es distinto e independiente de la medicina y no proclama a curar ninguna enfermedad.

Iniciales _____ Yo tengo el derecho de solicitar una copia de los "Derechos de Privacidad" y entiendo que en ellos se describe como mi información de salud es protegida y suministrada en mi representación para el reembolso de cualquier otra tercera entidad.

Iniciales _____ Yo entiendo que un examen de radiografía (RAYOS-X) puede ser dañino a una criatura en el vientre. Por lo cual Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento que no estoy en estado de embarazo. El primer día de mi último ciclo menstrual fue: (MM/DD/Año): _____

Iniciales _____ Yo autorizo que se me llame para confirmar o cambiar mi cita y que se me envíe correspondencia por correo postal o electrónico como una extensión de mi cuidado de salud de esta oficina.

Iniciales _____ Yo acepto que cualquier seguro de salud que yo pueda tener es un acuerdo entre esa compañía de seguro y mi persona. Yo me hago personalmente responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba al no ser cubierto o pagado por la compañía de seguro.

Iniciales _____ En la medida de mis capacidades, la información que he proveído es completa y verdadera. No he mal representado la presencia, severidad, ni la causa de mis preocupaciones de salud.

Si el paciente es un menor de edad, escriba en letra de molde su nombre completo: _____

Consultation Notes

Doctor's Initials

Flow Chiropractic Pdx

Firma _____

Fecha (MM/DD/AÑO) _____