

Patient Name: _____

Date: _____

WELCOME TO CHIROPRACTIC HEALTH & WELLNESS

¡BIENVENIDO A CHIROPRACTIC HEALTH & WELLNESS!

Is Today's Visit Because of a RECENT (less than a month) Auto Accident: [] Yes [] No
(**If YES to the question above, please check with the receptionist, additional information is needed**)

¿Es la visita de hoy por un RECIENTE (menos de un mes) accidente de auto?: [] Si [] No
(**Si contesto SI a la pregunta anterior, por favor dígaselo a la recepcionista, más información es necesaria**)

Address: _____
Dirección:

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad: Estado: Código Postal:

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____
Casa: Celular: Trabajo:

Preferred Method of Contact: [] Call Home [] Work [] Cell [] Text Message [] E-Mail
Método Preferido de Contacto: [] Llamar Casa [] Trabajo [] Celular [] Mensaje de Texto [] Correo Electrónico

Ethnicity: [] Hispanic or Latino [] Not Hispanic or Latino Preferred Language to Communicate: _____
Etnicidad: [] Hispano o Latino [] No Hispano o Latino Idioma Preferido para Comunicarse:

Race: [] American Indian/Alaska Native [] Asian [] White [] Black/African American [] Two or More
Raza: [] Indio Americano / Nativo de Alaska [] Asiático [] Blanco [] Negro / Afro Americano [] Dos o Más

[] Native Hawaiian/Pacific Islander Social Security # _____ - _____ - _____
[] Hawaiano Natal / Islas del Pacífico Seguro Social #

[] Male [] Female Age: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____
[] Masculino [] Femenino Edad: Fecha de Nacimiento: (mes) (día) (año)

Work Status: [] Employed [] Unemployed [] Full-Time Student [] Part-Time Student [] Other
Estatus Laboral: [] Con Empleo [] Sin Empleo [] Est. Tiempo Completo [] Est. Tiempo Parcial [] Otro

Your Occupation: _____ Your Employer: _____
Su Ocupación: Su Empleador:

Marital Status: [] Married [] Single [] Widowed [] Separated [] Divorced [] Other
Estado Civil: [] Casado [] Soltero [] Viudo [] Separado [] Divorciado [] Otro

Spouse's Name: _____ Number of Children/Ages: _____
Nombre de Cónyuge: Número de Hijos / Edades:

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Contacto de Emergencia: Relación: Teléfono:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Family Physician: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Doctor de Cabecera: Ciudad: Estado: Código Postal:

May our office inform your family physician of presenting conditions, exam findings, diagnosis, and treatment plans? [] Yes [] No
¿Podemos informarle a su doctor de cabecera de sus presentes condiciones, exámenes, diagnósticos y tratamientos recomendados? [] Si [] No

Do you have health insurance? [] Yes [] No If yes, Please present insurance card to Front Desk Staff.
¿Tiene usted seguro de salud? [] Si [] No Si tiene, por favor presente su tarjeta de seguro a la recepcionista.

HOW did you hear about us or WHO Referred you? (Family, friend, physician): _____
¿COMO escuchó de nosotros o QUIEN lo(a) recomendó? (Familia, amigo, médico):

What type of care are you interested in?: [] Pain relief only [] Healing of current condition [] Nutrition Support [] All Three
¿En qué tipo de tratamiento está interesado?: [] Alivio de Dolor Solamente [] Sanar mi condición actual [] Ayuda con Nutrición [] Todos Tres