

Tony Tropea, D.C.  
www.tonytropeadc.com

## Tropea Chiropractic, Inc.

260 S Sunnyvale Ave. #2  
Sunnyvale, CA 94086  
408-329-9604

### NOS COMPLACE DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA

Fecha

\_\_\_\_\_

### Información del paciente

First Name	Middle Name / MI	Last Name	Date of Birth
_____	_____	_____	_____
Patient Address Line 1	City	State	Zip
_____	_____	_____	_____
Home Phone	Work Phone	Cell Phone	Email
_____	_____	_____	_____
Sex	Social Security Number	Licencia de conducir #	
_____	_____	_____	
Professional Title	Employer Name		
_____	_____		
Employer Address Line 1	Employer City	Employer State	Employer Zip
_____	_____	_____	_____
Emergency Contact Name	Emergency Contact Home Phone	Emergency Contact Cell Phone	Emergency Contact Relationship to Patient
_____	_____	_____	_____
Emergency Contact Address Line 1	Emergency Contact City	Emergency Contact State	Emergency Contact Zip
_____	_____	_____	_____

Si el paciente es menor de edad, nombre del tutor responsable

¿Cómo fue referido a nuestra oficina?

\_\_\_\_\_

### Información del seguro primario

Nombre del asegurado	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
Dirección Asegurada	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____
Primary Relationship to Insured	Sex	Número de seguro social asegurado	
_____	_____	_____	
Employer Name	Employer Phone		
_____	_____		

Primary Insurance Name

Dirección del seguro

Primary Group No.

Primary Subscriber ID

Número de teléfono de la  
compañía de seguros

### Política financiera

Como cortesía, llamamos a su compañía de seguros antes de su cita. Cualquier copago estimado del seguro y el monto deducible se debe al momento en que se prestan los servicios para controlar el costo de facturación. Entiendo que debido a los cambios en la póliza de seguro y / o los cambios necesarios en los planes de tratamiento, el seguro puede variar del cálculo de tratamiento estimado. Reconozco que esta es solo una estimación y que en última instancia soy financieramente responsable de todos los servicios prestados, no de la compañía de seguros, También entiendo que todos los servicios deben pagarse en su totalidad dentro de (90) días a partir de la fecha de servicio, ya sea que se hayan recibido o no los beneficios de mi seguro. Si mi cuenta excede los (90) días, se cargará una tasa de interés de% 1.5 por mes a mi cuenta.

### Citas perdidas

Reconocemos el valor de su tiempo y, excepto en el caso de una emergencia, puede esperar que lo atendamos. Si por alguna razón usted no asiste, reprograma o cancela su cita sin notificarlo a nuestra oficina 24 horas antes de su cita, se le cobrará la tarifa completa de su visita.

### Autorización

Nombre

Yo, el mencionado, autorizado Tony Tropea, DC para examinar y brindarme el tratamiento adecuado. Asumo toda la responsabilidad por cualquier saldo adeudado. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar con cheque a nombre de Tony Tropea, DC. Autorizo a Tony Tropea, DC a divulgar mi información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o para procesar las solicitudes de reembolso financiero. Entiendo que es mi responsabilidad conocer todas las reglas y restricciones de mi póliza de seguro. Es el procedimiento de Tony Tropea, DC para compartir información de salud protegida con médicos consultores. Solo intercambiaremos la información de salud protegida mínima necesaria para cada transacción.

Mi firma a continuación es mi reconocimiento y consentimiento a lo anterior y al dorso de este formulario y certifica que he completado este cuestionario de salud completamente y le he informado de todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento.

Firma del paciente (o tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

DESCRIBA SU PROBLEMA ACTUAL Y CÓMO COMENZÓ:

¿Es esto?

- Relacionado al trabajo
- Auto Relacionado
- N/A

FECHA COMIENZA EL  
PROBLEMA

Queja actual (como te sientes hoy)

- Sin dolor 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Dolor inaguantable

¿Con qué frecuencia están presentes sus síntomas?

- 0 - 25%
- 26 - 50%
- 51 - 75%
- 76 - 100%

¿Puedes realizar tus actividades diarias?

Sí  No

(Describir)

¿HA TENIDO RAYOS X  
ESPINALES, IRM, TC?

Sí  No

Fecha (s) tomada

¿QUÉ ÁREAS SE TOMARON?

Por favor, marque todos los siguientes que se aplican a usted

Ninguno Aplicar

Historia de la infección reciente

No  Sí

Fiebre reciente

No  Sí

HIV/AIDS

No  Sí

Diabetes

No  Sí

Uso de corticosteroides

No  Sí

Pastillas anticonceptivas

No  Sí

Alta presión sanguínea

No  Sí

Trazo (fecha)

No  Sí

Mareos / desmayos

No  Sí

Adormecimiento en la ingle /  
glúteos

No  Sí

Retención urinaria

No  Sí

Carrera

Aneurisma aortico

No  Sí

Cáncer / tumor

No  Sí

Osteoporosis

No  Sí

Trauma reciente

No  Sí

Problemas de la próstata

No  Sí

Micción frecuente

No  Sí

El embarazo

No  Sí

# de nacimientos

Peso anormal

No  Sí

Peso anormal

Ganancia  Pérdida

Epilepsia / convulsiones

No  Sí

Alteraciones visuales

No  Sí

Historia del dolor de espalda  
baja / media

No  Sí

Historia del dolor de cuello

No  Sí

Artritis

No  Sí

Historia del consumo de  
alcohol

No  Sí

Historia del consumo de  
tabaco

No  Sí

Cirugías / Medicamentos

No  Sí

Cirugías / Medicamentos:

Historia familiar

Cáncer  Diabetes  Alta presión sanguínea  Problemas cardiovasculares / accidente cerebrovascular

Certifico que la información anterior es completa y precisa. Si la información del plan de salud no es precisa o si no soy elegible para recibir un beneficio de atención médica a través de este proveedor, entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados y acepto notificar a este médico inmediatamente cada vez que tenga cambios en mi condición de salud o la cobertura de mi plan de salud en el futuro. Entiendo que es posible que mi quiropráctico o un compañero clínico empleado por los planes ASH deban comunicarse con mi médico si mi afección debe ser administrada conjuntamente. Por lo tanto, autorizo a mi quiropráctico y / o a mis planes ASH para que se comuniquen con mi médico, si es necesario.

**Firma del paciente**

**Fecha**

---