

Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: () _____ - _____

Cuestionario:

¿Tiene usted dolor o malestar? Sí No (*marque uno*)

¿qué áreas? _____

Alguna condición de salud que debamos saber? _____

¿Ha recibido antes terapia de masajes? Sí No (*marque uno*)

¿Ha tenido el cuidado quiropráctico antes? Sí No (*marque uno*)

¿Ha tenido antes de la terapia física? Sí No (*marque uno*)

¿Has estado usted en un accidente automovilístico? Sí No (*marque uno*)

Cuando? _____

Donde? _____

¿Tiene usted seguro de salud? Sí No (*marque uno*)

Nombre de la empresa? _____

¿Se trata de una: PPO/POS HMO Medicare/Medicaid (*marque todas las que apliquen*)

¿Tiene usted uno secundaria? Sí No (*marque uno*)

Nombre de la empresa? _____

Por favor imprima estas páginas y llevarlos a nuestra oficina