

Quien lo refirio a nosotros?  Radio  Television  Paginas amarillas  Anuncio de la clinic  Aseguranza  
 Familia \_\_\_\_\_  Amigo \_\_\_\_\_  Paciente anterior  Periodico  
 Colega \_\_\_\_\_  Dr. \_\_\_\_\_  Cartelera  \_\_\_\_\_

**Información Personal** **Fecha de Hoy:**    /    / 200

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Direccion \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Estado Civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_ Hijos: (Nombres y Edades): \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Relación:  Espos/a  Pariente  Amigo  Otro \_\_\_\_\_

**Informacion de Trabajo – Descripcion de su trabajo**  JUBILADO  DISABILITADO  DESEMPLEADO

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_ Nombre de su Supervisor: \_\_\_\_\_  
Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_ Trabaja: \_\_ hrs/dia o \_\_ por semana  
Clasificacion de su trabajo:  Sedentario (<5lbs)  Leve (5-20lbs)  Moderado (20-50lbs)  Pesado (>50 lbs)  
Frecuencia con la cual levanta peso:  Constante (67-100%/day)  Frecuente (33-66%/day)  Ocasionalmente (0-32%/day)

**Informacion de Aseguranza**

Quien es responsable por su cuenta?  USTED y ? (señale la cajita adecuada)  Solamente YO  Esposa  
 Compensacion Laboral  Aseguranza de auto  Medpay claim  Medicare  Medicaid  Otro \_\_\_\_\_  
Portador de su aseguranza de Salud: \_\_\_\_\_ Numero de ID #: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo # \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Asegurado #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Medico Primario: \_\_\_\_\_ No. de Acceso de Medicaid \_\_\_\_\_

**Lesion de Compensacion Laboral, Lesion Personal, Accidente Automovilistico**

Ha iniciado un reclamo de compensacion laboral o con su aseguranza automovilistica?  Si  No  
Portador de Seguro? \_\_\_\_\_ Poliza# \_\_\_\_\_  
Telefono de la aseguranza#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_  
Numero de Reclamo# \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora \_\_\_\_ am/pm

**Condicion Actual de Salud**  Nueva →  Aguda  Repetitiva  Exacerbada or  Cronica

Sintomas por la cual esta buscando tratamiento: \_\_\_\_\_

Cuando le comenzaron los sintomas(Fecha)? \_\_\_\_\_

Ha ocurrido antes?  SI  No Cuando? \_\_\_\_\_ Usando las claves/letras de abajo, indique el tipo y localizacion de sus molestias en estos momentos

Cual es la causa de su lesion?:  Accidente Automovilistico Key: A=Dolor B=Ardor N = Adormecimiento  
 Accidente en el Trabajo  Lesion en el Hogar P= Piquetes S=Punzadas / Enerte

Resbalon/Caida  Levantando peso  Durmio en mala posicion

Uso Repetitivo  Causa Desconocida

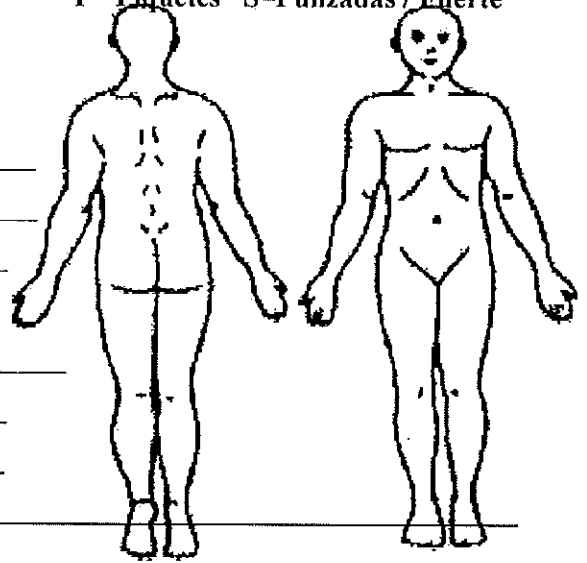
Explique: \_\_\_\_\_

Tratamiento anterior para esta condicion (otros doctores) incluyendo

Medicinas: Quien? Cuando? Doctores? \_\_\_\_\_

Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_



**Lugar de los sintomas:** Izquierdo/ Derecho/ Ambos

**Calidad del dolor:**  Ardor  Difuso  Adolorido  Localizado  Agudo  Disparado  
 Punzante  Pulsante  Endurecimiento  Hormigueo  Otra \_\_\_\_\_

**Severidad del dolor: (con movimiento) 10 Peor**  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Duracion de sintomas:** \_\_\_\_\_ dia(s) \_\_\_\_\_ semana(s) \_\_\_\_\_ mes(es) \_\_\_\_\_ año(s) otro \_\_\_\_\_

**Intensidad:**  Leve  Leve/Moderado  Moderado  Moderado/Severo  Severo

**Hora:** Mejor:  Mañana  Tarde  Noche

Peor:  Mañana  Tarde  Noche

**Sintomas mejoran con:**  nada ayuda  actividad  doblar  compresas frias  compresas calientes  
 masaje  movimientos  Medicinas  caminar  reposo  
 estiramiento  sentarse  estar de pie  retorcerse  medicina con receta

**Sintomas empeoran:**  nada ayuda  actividad  doblar  compresas frias  compresas calientes  
 masaje  movimientos  Medicinas  caminar  reposo  
 estiramiento  sentarse  estar de pie  retorcerse  medicina con receta

**Quejas secundarias ( otros signos o sintomas asociados):**

dolor de cabeza  ardor  extremidades frias  dificultad al caminar  vertigo  mareo  fatiga cronica  
 Infamacion  piquetes  nariz mucosa  falta de aire  sudor consquilleo  vomito  articulacion entumidas  
 panico  nausea  piel palida  acidez  problemas al dormir  deprecion  debilidad muscular

# HISTORIA MEDICA PREVIA

**Tratamiento Quiropractico Previo:**  No he recibido tratamiento quiropractico antes

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Ciudad?: \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita: \_\_\_\_\_

Estuvo satisfecho con su tratamiento?  SI  NO. Porque? \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Marque todas las que correspondan

Tabaco:  No uso tabaco  No fumo cigarillos, tabacos o pipa  Cohabito con un fumador/ra  Deje de Fumar

Fumo # \_\_\_\_\_ al  Dia  Seman  Mes;  Mastico: # \_\_\_\_\_ latas al  Dia  Semana  Año

**Lesion(es):** Marque las lesiones que ha sufrido y la fecha.

Lesion de Espalda  Fracturas de los Huesos  caidas (graves)  Fracturas

Incapacidad (es)  Lesiones en la cabeza  perdida del conocimiento  Lesion en las articulaciones

laceraciones (graves)  Accidentes de auto  Lesion del tejido blando  otro:

**Mujeres solamente::** Marque todo lo que aplique

YO :  Estoy Embarazada  NO estoy Embarazada  No estoy segura

Historial previo de embarazo:  Cesarea  Parto Vaginal  Perdida/Aborto Natural

**Cirugias:** Liste todas las cirugias que ha tenido y la fecha.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicinas que esta tomando actualmente(s):**

Medicina	Dosis	Para que la toma?	Hace cuanto esta tomando esta medicina?

**Enfermedades de Adulto e Infantiles** Note toda las enfermedades que ha tenido en su vida adulta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Interferencia de su trabajo debido a su queja principal:**

Leve  Moderado  Mod/Sev Limited Duty  Severo No Limited Duty  Severo (can't do limited duty)

**Actividades Diarias: Interferencia debido a su**

Doblarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de familia	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cargado Compras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cambiar de posicion	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Subiendo escaleras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Manejar	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Usar computadora:	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Comer	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Labores Caseras	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Arrodillarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cargar a los niños	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Levantar Peso	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de las mascotas	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Concentracion	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Cuidado de su higiene	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Afeitarse	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer
Con su sueño	<input type="checkbox"/> No Molesta <input type="checkbox"/> Leve (Puede hacer)	<input type="checkbox"/> Moderada Doloroso (Limitado) <input type="checkbox"/> Severo Incapaz de hacer

- El estar sentado:  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer  
 El estar de Pie:  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer  
 Caminar  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer  
 Jardineria  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer

**Cuanto le afecta su condicion actual en sus pasatiempos**

- \_\_\_\_\_  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer  
 \_\_\_\_\_  No Molesta  Leve (Puede hacer)  Moderada Doloroso (Limitado)  Severo Incapaz de hacer

Los siguientes es una lista de sintomas que a lo mayor no crea que estan relacionados a la razon por la cual vino a nuestra consulta, sin embargo ha de contestar las preguntas detalladamente ya que los problemas pueden afectar su tratamiento.

**Constitucional:**  NUNCA he tenido ninguno de los siguientes problemas

- escalofrios  nauseas durante el dia  fatiga  fiebre  sudores nocturnos  
 aumento de peso  perdida de peso  otro:

**Ojos/Vision**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados.

- Ceguera  Vision Borrosa  Cataratas  Cambio de vision  vision doble  
 Dolor de ojo  field cuts  glaucoma  rasquiña  fotofobia  
 lagrimeo  lentes  lentes de contacto  otro:

**Oidos, Nariz y Garganta**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- sangramiento  dentadura Postiza  dificultad al tragar  descargas  mareos  
 drenaje del oido  dolor de oido  desmayos  Dolores de garganta frecuentes  Dolores de Cabeza  
perdidade la audicion  Lesiones en la cabeza  ronco  perdida de sentido de olores  congestion nas  
 sangramiento de nariz  descarga postnasal  Nariz mucosa  Sinusitis  ronquidos  
 dolor de garganta  tinnitus  Problemas con la articulacion  TemporoMandibular

**Respiracion:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- asma  Tos  Toser sangre  Falta de aire  produccion de flema  
 resoplido  otror:

**Cardiovascular:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- angina (dolor en el pecho)  Dolor en el pecho  Dolor en las piernas  
 soplo en el Corazon  problemas del corazon  presion alta  
 Presion baja  Dificultad para respirar cuando esta acostado.  palpitaciones  
 Se despierta en la noche con dificultad para respirar. (nocturnal dyspnea)  Dificultad al respirar durante actividades / Ejercicio  Venas Varicosas  
 Inflamacion de las piernas  ulceras  otro:

**Gastrointestinal:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Dolor Abdominal  Erutos  feces negras  constipacion  diarrea  
 Dificultad al tragar  Acidez  hemorroides  indigestion  Billirubina  
 nausea  sangramiento rectal  Tamano anormal De sus feces  Color anormal de sus feces  consitencia anormal de sus  
 vomito  Vomitar sangres  other:

**Mujeres**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Anticonceptivos  Nudos/quistes en los senos  Ardor al orinar  Colicos  Orina demasiado frecuente  
 Terapia hormonal  Menstruacion Iregular  Embarazo  Retencion Urina  Sangramiento Vaginal

**Hombres:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Ardor al Orinar     ereccion disfuncional     Orina demasiado frecuente     problemas al orinar     orina por gotitas

**Endocrino:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- Intolerancia al frio     diabetes     Apetito excesivo     Demasiada hambre     demasiada sed  
 Orina demasiado frecuente     bocio     perdida de cabello     Intolerancia al Carlor     crecimiento poco comun de Cabello (vellos)  
 Cambio de voz     tyroide grande

**Piel:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- cambios en la textura de mis unas     cambios en el color de la piel     crecimiento de vello     perdida de cabello     Urticaria  
 Desordenes de la piel     raquina / piquina     paresthesias     sarpudillo     varicosas

**Sistema Nervioso:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- mareo     debilidad facial     dolor de cabeza     debilidad en sus extremida     perdida de conoci-Miento  
 Perdida de memoria     Adormecimi-ento     convulsion nes     molestias al dormir     discurso incoherente (slurred speech)  
 tension     Apoplejia (stroke)     tremor     falta de equilibrio     perdida de balance

**Psycologico:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anhedonia     ansiedad     perdida o cambios en su apetito     cambios en su conducta     desorden bi-polar  
 confusion     convulsiones     depression     insomnia     perdida de memoria  
 cambio de humor

**Alergias:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anaphalaxis (alergico a las picadas de abejas)     alergias a cierto: alimentos     rasquina/ piquina     congestion nasal     rash  
 Estornudos     otro:

**Hematological:**  NUNCA he tenido ninguno de los sintomas o problemas aqui mencionados

- anemia     sangramiento     Cuagulos de sangre     transfusion Sanguinea     se amoretea facilmente  
 fatiga     inflamacion de las Gladulas linfaticas     otro

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Entiendo y concuerdo que esas politicas de las salud y el seguro contra accidentes son arreglo entre portador y yo mismo. Ademas, entiendo que Graybar Chiropractic, Inc. va a preparar algún informe o formas para ayudar me a hacer la colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a ser pagada a Graybar Chiropractic, Inc. sera acreditado a mi cuenta. Sin embargo, yo entiendo claramente y concuerdo que todos los servicios que se me rindieron y soy personalmente responsable del pago. Entiendo tambien que si suspendo o termino mi cuidado o el tratamiento, cualquier honorario para servicios profesionales que se me rindio sera inmediatamente debido y pagadero.

Yo por la presente autorizo a los medicos a tartar mi condición, como el cree apropiado por el uso de Graybar Chiropractic, Inc. Se entiende y es concordado que la cantidad pagada al medico para las radiografias es para el examen solamente, y los negativos de estas se quedaran en la propiedad de esta oficina; estaran en el archivo donde ellos se pueden ver en el tiempo mientras sea un paciente de esta clinica. Estoy enterado que la practica de la medicina y quiropractica no es una ciencia exacta y reconosco que ningunas garantias han sido hechas a mi en cuanto a los resultados del tratamiento. Entiendo tambien que hay riegos ligados con toda clase de procedimientos medicos y quiropracticos. Soy informado y endiendo los riegos asociados con el cuidado quiropractico y por la presente doy consentimiento al examen y el tratamiento que siguen a la consulta con los medicos.

Reconosco que recibido la informacion de las Practicas Privadas para el uso y publicacion de Informacion de Salud Protegida de Graybar Chiropractic and Rehab Centers.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Graybar Chiropractic & Rehab Centers*  
**Authrizacion del paciente para la informacion medica**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Liberacion de informacion:**

Al firmar este formulario, usted está otorgando permiso a Graybar Quiropractica y centro de rehabilitacion para usar y revelar su informacion medica por propósitos informacion de salud a los efectos del tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Nuestro aviso de practicas privadas proporciona informacion mas detallada de como podemos utilizar y divulgar esta informacion de salud protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro aviso de practicas orivadas antes de fermar este consentimiento, y le animamos a que lo lea por complete.

El personal en el quiropractica posible que tenga que utilizar el nombre direccion, numero de telefono y sus registros clinicos en contacto con usted para recordatorios de citas o de otro tipo de informacion de salud que puedan ser de enteres para usted. Si este contacto se hace por telefono y usted no esta en casa de un mensaje sera dejado en su contestador automatic. Al firmar este formulario, usted nos esta dando authorizacion para que lo contactemos con el recordatorio y de informacion.

Nuestro Aviso de Practicas Privadas esta sujeto a cambios. Si Cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia de la notificacion revisada por telefono a nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar para restringir el uso y divulgar su informacion medica protegida para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica. No estamos obligados por ley a conceder su peticion. Sin embargo si decide concederle su peticion, estamos obligados por nuestros acuerdo.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, ecepto en la medida en que yah an utilizado o divulgado su informacion medica protegida en la dependencia en su consentimiento.

**Medicare y Medicaid consentimiento para la liberacion de Informatcion:**

Yo certifico que la informacion que me diero en la solicitud de pago bajo el Titulo xvii y lo el titulo XI de la ley del seguro social es corecta. Autorizo a cualquier poseedor do informacion medica o de otro tipo sobre mi, a comunicar a las Oficinas del Seguro Socialo de sus companias intermediarias, toda la informacion necesaria pra tal o reclamaciones con Medicaid O Medicare.

*Por Lei presente authorizo la liberacion de mi informacion de salud: los datos se incluyen todos los registros inchyendo rayos-x y los hallazgos diagnosticos.*

De: Nombre de la clinica: \_\_\_\_\_ Para: Graybar Chiropractic Inc.  
Direccion: \_\_\_\_\_ PO Box 15033  
Ciudad, estado, codigo postal \_\_\_\_\_ Wilmington, NC 28408 Fax: 910-\_\_\_\_\_

Esta authorizacion sera valida para: \_\_\_\_\_ (que no exceda de uno ano). Yo certifico que esta authorizacion es de acceso libre, voluntariamente y sin coaccion. Entiendo que la informacion que se publicara puede incluir informacion acerca del abuso de drogas, abuso de alcohol, infeccion de VIH, SIDA, o relacionadas con SIDA, psicologicos, psiquiatrico, o impedimentos fisicos. Entiendo que la informacion que se pulicara esta protegido por las leyes estatles y federales y no puede volver a ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, a menos disposicion en contrario del leyes estatales y federales. Entiendo que cualquier divulgacion de la informacion lleva consigo la posibilidad de una reauthorized la divulgacion y la informacion no puede estar protegido por las normas federales de confidencialidad. Entiendo que puedo revocar esta authorizacion en cualquier momento, except en la medida en que la accion ya ha sido adoptado en cumplimiento de la misma. He Recibido una copia de esta authorizacion para mis archwos..

**Se require la firma aqui para liberacion de informacion medica:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento:**

Yo voluntariamente doy permiso para el cuidado, tratamiento y el desempeno dignostico del procedimiento vigente. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervision del medico a cargo y es la responsabilidad del personal para llevar acabo la instruccion fe tales dedicos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (guardian firma)

Tratamiento para un menor de edad require guardian firma del or del padre.

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Registros medicos solo utilizan

Dato recibidos: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Fech de envoi / fax \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

*Formulario debe ser completado antes del paciente, padre o representantes personal firmen. Dar al paciente una copia de este documento firmado y autorizado para sus registros. Original a los registros medicos para su procesamiento.*