



Pura Vida Quiropractica, PLLC
1015 Donaldson
San Antonio, TX 78213
210.685.1994
www.puravidasanantonio.com
Dan Foss, DC

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: M F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Email: _____ Le gusta recibir nuestra boletin? Si No

Teléfono: Casa _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Ocupación: _____ Empleo: _____

F.N. _____ Estado Civil: Soltero Juntado Casado Viudo Divorciado
MM/DD/AAAA

Nombre de cónyuge (si aplica) _____

Tiene hijos? Si No Cuantos? _____ # de niños que vivan en casa? _____

Nombres de los niños? _____

A quien podemos agradecer por referirlo a Pura Vida Quiropráctica? _____

Que es su problema principal de salud? _____

Si no tiene algún problema específico y quiere estar más saludable, marca aquí:

Alguna vez lesionado su sistema nervioso o columna? Si No Describa: _____

Ha recibido atención Quiropráctica? Si No Fechas, de: _____ a _____

Escriba su experiencia Quiropráctica: _____

Cuáles son las tres prioridades en su vida? _____

Se Siente saludable? Si No Que lo hace pensar esto? _____



Pura Vida Chiropractic, PLLC
1015 Donaldson
San Antonio, TX 78213
210.685.1994
www.puravidasanantonio.com
Dan Foss, DC

Nombre: _____

Fecha: _____

Por que es su salud importante por Ud.? _____

Cual de las siguientes hace con el fin de mejorar su salud?

- Masaje Oración Yoga Pesas
 Nutrición Meditación Ejercicio Cardiovascular Cuidado Quiropractico

Estresores Físicos / Retos

Explique todas las cirugías, caídas, accidentes y lesiones que ha tenido y su fecha: _____

Explique las complicaciones durante y despues de su nacimiento. Incluya forceps, cesaria, etc: _____

Estresores Químicos / Retos: Detalle todos los medicamentos y productos naturales como anticonceptivos, aspirina, medicina de corazón. También note la cantidad de cafeína, azúcar, alcohol y cigarrillos diarios.

Tipo de Remedio

Proposito

- Cafeína Diaria Azúcar Cigarrillos Diarios Alcohol Diario

Estresores Emocionales / Retos: Detalle cualquier forma de estrés emocional o mental presente en su vida ahora y también anteriormente.

Estado emocional/mental actual Excelente Bueno Pobre Otro _____

Gracias!



Pura Vida Chiropractic, PLLC
1015 Donaldson
San Antonio, TX 78213
210.685.1994
www.puravidasanantonio.com
Dan Foss, DC

Términos de Aceptación

Cuando un paciente busca cuidado Quiropráctico y aceptamos a proveerle con dicho cuidado, es esencial que estemos trabajando hacia el mismo objetivo.

La Quiropráctica solo tiene una meta, eliminar nervios pinchados que interfieren con la expresión de la inteligencia innata del organismo. Es importante que cada paciente entienda el objetivo y el método que utilizamos para obtener ésta meta. Esto va a ayudar y a prevenir cualquier duda, pregunta ó confusión que tenga.

Un ajuste: la aplicación de una fuerza específica para facilitar la corrección de una subluxación vertebral. Nuestro método de corrección son ajustes específicos a la columna.

Salud: un estado óptimo físico, mental, social, bienestar emocional y no solamente la ausencia de enfermedad

Subluxación Vertebral: un desplazamiento de una ó más de las 24 vértebras en la columna que causa interferencia en el sistema nervioso, resultando en una disminución de la habilidad innata que tiene el cuerpo de curarse, repararse y expresar su salud máxima.

No ofreceremos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad ó condición solamente subluxaciones vertebrales. Sin embargo, si durante un examen Quiropráctico hay hallazgos no-quiropáticos ó extraños, se lo haremos saber. Si desea consejos, una diagnosis ó tratamiento para tal condición/enfermedad, le recomendaremos que busque los servicios de un profesional de salud en esa área de especialidad. **NUESTRO ÚNICO OBJETIVO es eliminar mayor interferencia al sistema nervioso. Nuestra única metodología son ajustes específicos para corregir subluxaciones.**

Yo, _____ he leído y entiendo todo lo mencionado arriba.
(Nombre en letra molde)

Yo acepto cuidado Quiropráctico en base a éstos términos de aceptación.

Firma

Fecha

Informe de Embarazo

Esto confirma que, de lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada y el doctor nombrado anteriormente y/o su asociado tienen mi permiso para llevar acabo una evaluación de radiografías. Se me ha notificada que los rayos-x pueden ser dañinos a un feto. La fecha de mi último ciclo menstrual fue _____.

Autorización Para Evaluar y Ajustar a un Menor de Edad

Yo, _____, el padre/madre ó guardián legal de _____, he leído y entiendo completamente los términos de aceptación mencionados arriba y doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba un examen Quiropráctico e igual obtener futuros ajustes Quiroprácticos si le encuentran una subluxación vertebral.