**English** / *Espanol*

# Awender Chiropractic Inc.

2342 El Camino Real, Suite 100 • Redwood City, CA 94063
Phone (650) 366-1273 • Fax (650) 366-1928

**Pt. #** _____

## GENERAL INFORMATION / *INFORMACIÓN GENERAL*

**Name**/*Nombre* _____ **Date**/*Fecha*_____

**Home Phone #** / *Nº Teléfono de Casa* (_____)_____ **Cell Phone** #/ *Teléfono* Celular_____

**Address** / *Dirección* _____ **City/***Ciudad*_____

**State** / *Estado* _____ **Zip** / *C.P.* _____ **Email** / *Correo Electrónico* _____

**Gender** / *Género* : ○ **Male** / *Masculino* ○ **Female** / *Femenino* (**Are you pregnant?** / *¿Embarazada*? ○ **Yes** / *Si* ○ **No** / *No*)

**Date of Birth** / *Fecha de Nacimiento* _____ **Age** / *Edad* _____ **Marital Status** / *Estado Civil* : **S** / *S* **M** / *C* **D** / *D* **W** / *V*

**How many children** / *Número de Hijos* _____ **Driver License #** / *Nº Licencia de Conducir* _____

**Social Security #** / *Nº Seguridad Social* _____ **Employer Name** / *Nombre del Empleador* _____

**Occupation** / *Ocupación* _____ **Work Phone #** / *Nº Teléfono* (_____)_____

**Address of Employer** / *Dirección de Empleador* _____

**City** / *Ciudad* _____ **State** / *Estado* _____ **Zip** / *C.P.* _____

**Name of spouse or nearest relative** / *Nombre de Esposa(o) o familiar más cercano* _____

**Phone #** / *Nº Teléfono* (_____)_____ **Address** / *Dirección* _____

**City** / *Ciudad* _____ **State** / *Estado* _____ **Zip** / *C.P.* _____

## PURPOSE OF VISIT / *PROPÓSITO DE LA VISITA*

**What is the purpose of this visit?** / *¿Cuál es el propósito de su visita?* _____

**Is this visit related to /** *Su visita está relacionada con:*
○ **automobile accident /** *accidente de auto* ○ **work related injury** / *lesión en el trabajo*

**How long has this bothered you?** / *¿Por cuánto tiempo le ha molestado?*
_____ **Days** / *Días* _____ **Weeks** / *Semanas* _____ **Months** / Meses _____ **Years** / Años

**Have you been to a Chiropractor before?** / *¿Ha visitado algún Quiropráctico anteriormente?*
○ **yes** / *si* ○ **no /** *no*

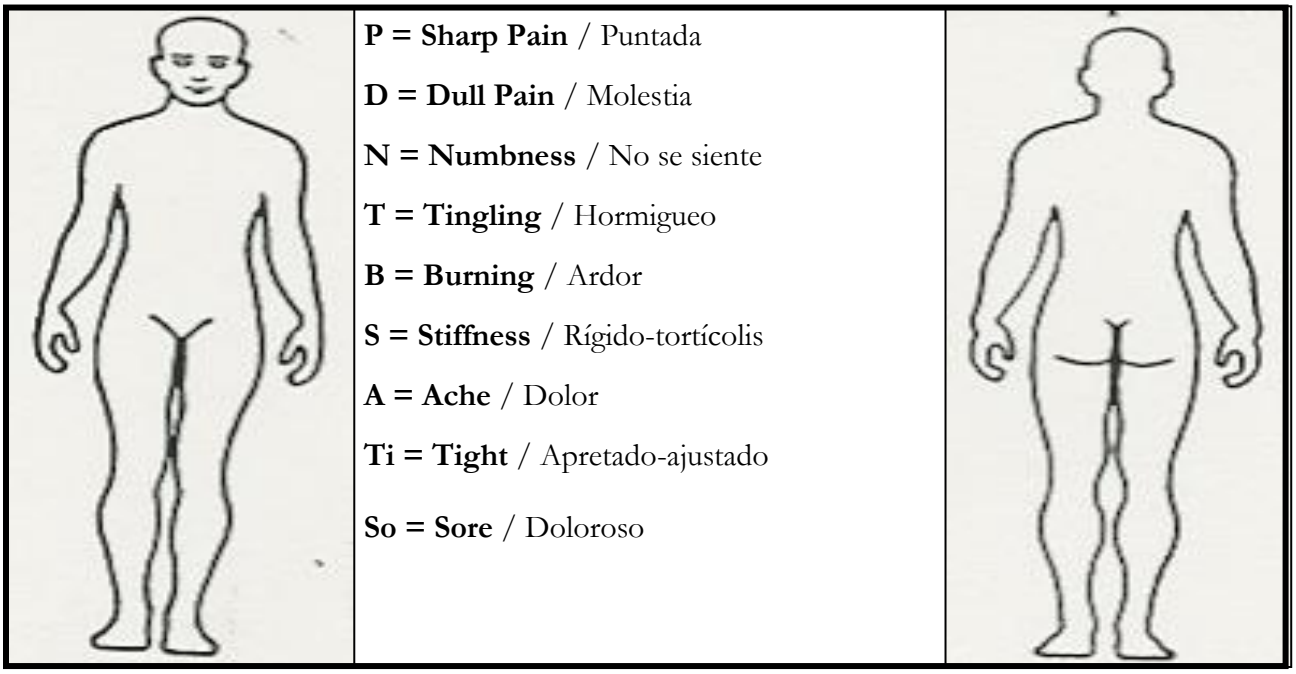
**Would like to know about our Massage Therapy or Nutritional Counseling? (circle area/s of interest)**

Me gustaria saber acerca de la Terapia de Masajes y de Asesoria con la Nutriologa (encierre en un circulo el area de su inferes)

**Do you suffer from any of these symptoms? (check all that apply)** / *¿Sufre algunos de estos síntomas? (todas las que apliquen)*

- ○ **Allergies** / *Alergias*
- ○ **Arthritis** / *Artritis*
- ○ **Asthma** / *Asma*
- ○ **Arm-shoulder pain** / *Dolor brazo-hombro*
- ○ **Blurred vision** / *Visión borrosa*
- ○ **Diabetes** / *Diábetes*
- ○ **Difficulty sleeping** / *Dificultad al dormir*
- ○ **Dizziness** / *Vértigo*
- ○ **Digestive problems** / *Problemas digestivos*
- ○ **Depression** / *Depresión*
- ○ **Ears ringing** / *Sonido en los oídos*
- ○ **Fatigue** / *Fatiga*
- ○ **Foot-toe numbness** / *Pies-dedos dormidos*
- ○ **Hand-finger numbness** / *Manos-dedos dormidos*
- ○ **Headaches** / *Dolor de cabeza*
- ○ **Jaw problems** / *Problemas de mandíbula*
- ○ **Low back pain** / *Dolor de espalda inferior*
- ○ **Leg pain** / *Dolor de pierna*
- ○ **Mid back pain**/ *Dolor de espalda media*
- ○ **Neck pain** / *Dolor de cuello*
- ○ **Tension** / *Tensión*

**On the drawings below, please indicate where you are experiencing pain by drawing in the letter abbreviation(s) on the diagrams that most accurately reflect the type of discomfort that you have been experiencing** /
*En los siguientes dibujos, por favor indique dónde esta experimentando dolor, colocando la letra de la abreviatura correspondiente en los diagramas. Coloque la letra que más se acerque al tipo de dolor que siente y el lugar de su cuerpo donde lo siente.*



**P = Sharp Pain** / Puntada

**D = Dull Pain** / Molestia

**N = Numbness** / No se siente

**T = Tingling** / Hormigueo

**B = Burning** / Ardor

**S = Stiffness** / Rígido-tortícolis

**A = Ache** / Dolor

**Ti = Tight** / Apretado-ajustado

**So = Sore** / Doloroso

**SPECIFIC INFORMATION** / *INFORMACIÓN ESPECÍFICA*

**Who referred you to our office?** / *¿Quién le recomendó al Dr. Awender?* _____

○ **My Medical Doctor recommended Dr. Awender** / *Mi médico me recomendó al Dr. Awender*_____

○ **Other** / *Otro* _____

**Name of person responsible for payment** / Nombre de la persona responsable del pago _____

**Are you insured?** /¿Esta asegurada(o)? ○ **Yes** / *Sí* ○ **No** / *No* - **Company** / Compañía _____

**Policy Holder** / *Póliza a nombre de* _____

**Relationship** / *Relación* : ○ **Self** / *Yo mismo* ○ **Spouse** / *Esposa(o)* ○ **Parent** / *Padre-Madre* ○ **Other** / *Otra*

"I understand and agree that health and accident insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and myself. Furthermore, I understand that Awender Chiropractic will prepare any necessary reports and forms to assist me in making collection from the insurance company and that any amount authorized to be paid directly to the Awender Chiropractic will be credited to my account on receipt. However, I clearly understand and agree that all services rendered me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me will be immediately due and payable".

*"Yo entiendo y estoy de acuerdo que las polizas de aseguransa para la salud y accidents son un arreglo entre el encargado de seguro y yo mismo / a. Entiendo que los asociados de la Quiropractica de Awender prepararan cualquier reporte necesario y formas para asistirme en coleccionar de la compania de seguro y cualquier cantidad autorizada sera pagada directamente a los asociados de Quiropractica de Awender sera creditado a mi cuenta en cuanto se reciba. Sin embargo, entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me rindan se cobraran directamente a mi y que soy personalmente responsible por el pago. Tambien entiendo que si suspendo o termino mi cuidado y tratamiento, cualquier costo por los servicios profesionales que se me rindieron seran inmediatamente debidos y pagables.*

**Patient, parent or guardian signature** _____ **Date** / *Fecha* _____
*Firma del paciente, padre / madre o guardián*

**Please give a copy of your insurance card or other information to the front desk**
*Por favor entregue una copia de su tarjeta de seguro u otra información a nuestro personal*