

Bovadilla Chiropractic Clinic

6023 S. Sheridan Road, Tulsa, OK 7414 Phone:(918) 493-1493 Fax: (918) 493-1773

Name _____ Date _____
(Nombre) (Fecha)

(Please print/Por favor escriba en letra de molde)

New Complaints (symptom[s]) - Yes? or No?
(Nuevos Dolores? – Si? No?)

Scale/Escala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

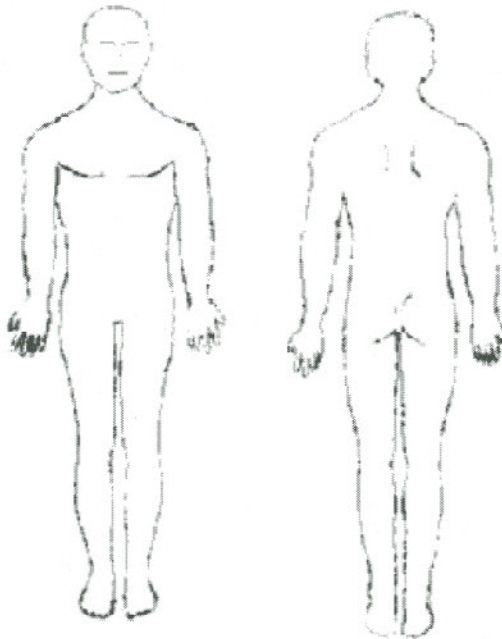
Pain / Dolor = xxxx

Stiffness / Tieso = 0000

Numbness / Entumecido = ////

Tingling / Comezon = ++++

Other / Otro



Signature / Firma _____

Bovadilla Chiropractic Clinic

6023 South Sheridan Road Tulsa, Ok. 74145 Office (918) 493-1493 Fax (918) 493-1773
Workman's Comp

Forma #1 Por Favor Complete la Forma a lo Mejor de su Reconocimiento

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad _____
(Si es un Menor, Nombre de Guardian(s) _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado ___ Codigo Postal _____
de Telefono _____ # de Seguro Social ___ - ___ - ___ Sexo: M ___ F ___
Casado ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___ Separado(a) ___ Soltero(a) ___ # de hijos ___
Grado Completado en la Escuela _____ # de anos Completado en la Universidad _____
Certificado de Escuela Tecnica _____
Fecha de Accidente ___ / ___ / ___ Falto al Trabajo por Causa de Accidente? Si ___ No ___
Si Contesto, SI, de Cuando _____ A Cuando _____
En Donde Ocurrio el Accidente _____
Lugar de trabajo al Tiempo del Accidente _____ # de Telefono _____
Descripcion de Trabajo _____
Describa en sus propias palabras el Accidente _____

Inmediatamente Despues del Accidente, Como se Sintio? _____
Estuvo Inconsciente? Si ___ No ___ Desorientado? Si ___ No ___ Mareado? Si ___ No ___
Fue al Hospital? Si ___ No ___ Fue Inmediatamente Despues del Accidente _____
Proximo Dia ___ Dias dias o mas despues del Accidente ___
Fue llevado en: Ambulancia ___ o Transportacion Privada ___
Nombre de Hospital: _____ Nombre del Doctor _____
Tratamiento que recibio _____ Diagnostico _____
Le tomaron radiografias? Si ___ No ___ Fue admitido(a) en el Hospital? Si ___ No ___
Por cuanto tiempo? _____ Que medicamentos le dieron? _____

Por Favor Llene La Forma Por De Atras

Por favor lista los nombres del los ortos doctors, hospital and fecha:

Doctor _____ Hospital _____ Cuando _____ A Cuando _____

Doctor _____ Hospital _____ Cuando _____ A Cuando _____

Terapia Fisica _____ Cuando _____ A Cuando _____

Por favor circule y ponga la fecha de cada procedure que a hecho: MRI ___ / ___ / ___

CT SCAN ___ / ___ / ___ Ultimas Radiografias ___ / ___ / ___ Otro ___ / ___ / ___

El nombre del doctor que lo dio de alta y la fecha: _____ / ___ / ___

La fecha en que usted regreso al trabajo: ___ / ___ / ___

Liste algun otro accidente relacionado con el trabajo y fechas: _____

Liste algun otro accidente no relacionado con el trabajo, las fechas, y la parte del cuerpo danada: _____

Liste alguna alergia a Medicamentos _____

Liste todos las medicamentos que usted esta tomando _____

Antes de su reciente accidente liste su historia medica (incluye operaciones, enfermedades, diabetes, fracturas, etc.) _____

Fuma? Si__ No__ Por cuanto tiempo?___ Cuantos paquetes al Dia___

Quito? Cuando_____ Toma alcohol? Si__ No__ Toma medicamento recreation? Si__ No__

Presente Trabajo y Decripcion de trabajo: _____

Que otros trabajos ha hecho en el pasado: _____

Desde el Accidente, su dolor a: Mejorado__ Seguido Igual__ Empeorado __

Yo Afirmo que la Informacion Arriba es Correcta al Mejor de mi Conocimiento

Firma _____ **Fecha** _____

Yo acepto la respndcabilidad de pagar los costos de los servicios medicos que recibire del Dr. Bovadilla. Tambien se que yo soy responsable, si la compania de seguros (seguro de salud, seguro de trabajadores de compesation, o seguro de accidente automovilistico) no cubre los costos.

Authorization for the Use or Disclosure of Protected Health Information

Bovadilla Chiropractic Clinic 6023 South Sheridan Rd. Tulsa OK 74145

Office (918) 493-1493 Fax (918) 438-1773

As required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 Bovadilla Chiropractic Clinic may not use or disclose your health information except as provided in our Notice of Privacy Practices without your authorization. Your signature on this form indicates that you are giving permission for the uses and disclosures of protected health information described herein. You may revoke this authorization at any time by signing and dating the revocation section on your copy of this form and returning to this office.

AUTHORIZATION SECTION

I, _____ (print name) hereby authorize Dr Bovadilla the use or disclosure of the following health information that pertains to me.

ALL Medical Information History and Physical X-Ray Reports X-Ray Images
 Lab Reports Operative Report Discharge Summary Consultation Reports
 Other(explain) _____

for the following purpose<s>: Continue Treatments Request of patient or their legal representative Other _____

I authorize the following persons or organization to the use or disclosures of my health information:

I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be re-disclosed to additional parties and no longer protected.

I understand that I may revoke this authorization at any time by signing the revocation section of my copy of this form and returning it to Bovadilla Chiropractic Clinic 2227 S. Garnett Rd Suite 101 Tulsa Ok. 74129. I further understand that any such a revocation does not apply to the extent that persons authorized to use or disclose my health information have already acted in reliance on this authorization.

I understand that this authorization will automatically expire when information is release or obtained or one year after the date signed whichever comes first.

I understand that I am under no obligation to sign this authorization. I further understand that my ability to obtain treatment and my eligibility for benefits will not depend in any way on whether I sign this authorization or not.

Signature

Date

REVOCACTION SECTION

I hereby revoke this authorization.

Signature

Date