

## INFORMACION/ SOLICITUD DE ATENCIÓN

La siguiente información es necesaria a fin de ofrecerle un mejor servicio. Complete todas las preguntas. Si necesita ayuda solicite a la recepcionista. **Escriba en letra de imprenta.**

\_\_\_\_\_ Fecha de hoy

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer) (medio)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Numero de casa) (calle) (ciudad) (estado y código postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Femenina Masculino No. de hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Casado/a Soltero Divorciado/a Viuda/o

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que vio a un quiropráctico? \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleado por: \_\_\_\_\_

Referido por: amigo/a \_\_\_\_\_ via el signo libro telefonico Radio

Television Periodico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
(nombre de periódico por favor)

### ¿Como se realizara el pago?

Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_\_ Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ Asegurancia \_\_\_\_\_

### Si tiene asegurancia, Que tipo de asegurancia?

Compensacion de obrero \_\_\_\_\_ Seguro de salud \_\_\_\_\_ Seguro de auto \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Es su condición debido a un accidente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_

Tipo de accidente? Auto \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Ha estado en un accidente de auto? Año pasado \_\_\_\_\_ 5 años atrás \_\_\_\_\_ Mas de 5 Años \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

Yo acepto pagar por los servicios brindados. Entiendo y acepto que las póliza de la asegurancia de salud y accidente solamente son un arreglo entre la compañía de asegurancia y yo y que personalmente soy responsable por cualquier pago de cualquier servicio cubierto o no. También si decido suspender o terminar mi cuidado o tratamiento, cualquier cargo de servicio profesional serán debidos inmediatamente.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

O Firma de Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PAGE CUANDO SE LE PRESENTE EL SERVICIO, SI NO PUEDE POR FAVOR HABLE CON EL MÉDICO**