

Quality Chiropractic Hoja de Registro

Fecha _____

Información personal

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado código postal

Teléfono: _____ Número de Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Masculino Femenino SSN # _____ - _____ - _____
MES - DIA - AÑO

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Numero de hijos: _____

Nombre del cónyuge: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del Trabajo: _____
Calle Ciudad Estado código postal

Teléfono de Trabajo: _____

Información de Seguro Medico

¿Le gustaría que nosotros le presentemos su seguro de salud? Si No Inicial: _____

Compañía de Seguro: _____

Titular de la Póliza _____ Numero de SSN del Titular: _____

Relación del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Titular: _____

¿Es el paciente cubierto por un seguro secundario? Si No

Seguro Secundario:

Compañía de Seguro: _____ Titular de la Póliza _____

Número de Póliza o ID: _____ Número de grupo _____

Número de Póliza o ID: _____ Número de grupo _____

Información sobre casos de accidente

¿Es esta visita en relación con un accidente? Si No

¿Marco Sí?, Acci. de Auto Acci. de Trabajo Otro _____ Fecha del accidente: _____

Información del abogado: Nombre: _____ Tel. _____ Fax: _____

Accidente de Auto (Mi accidente fue reportado a MI compañía de seguro de Auto)

Compañía de Seguro de auto: _____ Número de Póliza _____

Numeró de Reclamo _____ Tel. _____

Lesión de Trabajo (Mi empleador ha autorizado el tratamiento; por lo tanto la Compañía de Compensación al Trabajador Cubrirá mi Tratamiento)

Compañía de Compensación: _____ Tel. _____

Nombre de Contacto: _____ # de Reclamo _____

Si usted prefiere guardar el tipo de pago en archivo, termine por favor el siguiente:

De tarjeta de Crédito _____ Fecha de Exp.: _____ Visa Master Card Discovery

Autorizo a Quality Chiropractic cargar mi cuenta cada visita

Certifico por este medio que las declaraciones y las respuestas dadas en esta forma son exactas al mejor de mi conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi salud e información personal.

Firma: _____ Fecha _____ - _____ - _____