

Por favor permita hasta 2 horas para la cita

Consult

Appt Date: \_\_\_\_\_



*Natural Health Care  
Solutions for Your Life*

- LASER THERAPY
- CHIROPRACTIC
- HEALTH COACHING

**HACIENDO UNA DIFERENCIA UNA VIDA A LA VEZ**

**Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor, llene este formulario para ayudarnos en estos detalles pequeños, y así determinar cómo servirle.**

Por favor, escribe en letra de imprenta (a-b-c). fecha de hoy \_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de su seguro social \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de su teléfono en casa \_\_\_\_\_ en su trabajo \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

(calle, ciudad, estado, código postal)

¿Es usted? Casado/a \_\_\_\_; soltero/a \_\_\_\_; divorciado/a \_\_\_\_; viudo/a \_\_\_\_\_

Número de hijos e hijas \_\_\_\_\_

Su ocupación o trabajo \_\_\_\_\_ y el nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Ha tenido usted anteriormente ayuda de un quiropráctico: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si ha tenido ayuda de un quiropráctico, ¿en que año fue? \_\_\_\_\_

¿Cual es la razón principal por la cuál usted está pidiendo ayuda, y por cuánto tiempo ha tenido esta condición? \_\_\_\_\_

¿Algunas otras razones? \_\_\_\_\_

¿Puede decirnos quién le refirió a nuestra oficina para darle las gracias?

¿Tiene usted seguro de salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

POR FAVOR: Si usted tiene seguro de salud, le pedimos que pague por el costo de la examinación y las radio grafías en el mismo día de la consulta aunque ya haya cumplido con su deductible. Nosotros haremos el pedido de pago a su seguro, y nosotros le manderemos el balance. Por favor, dele a la receptionist sue tarjeta de su seguro de salud para tener una copia, y déjele saber el nombre de todas las compañías de seguro de salud que usted quiera solicitar para los pagos.

Usted va a pagar: en efectivo \_\_\_\_\_; con cheque \_\_\_\_\_; con tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Quiero que mande a pedir el pago a mi seguro: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Quiero hacer un acuerdo de pagos mensuales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

NOSOTROS HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA QUE UDTED SEPA TODO EL COSTO DE LAS CONSULTAS ANTES DE CONTINUAR.

Por favor, escribe aquí si ha tenido alguna operación:

---

Por favor, escribe aquí si ha tenido algún accidente:

---

Por favor, escribe aquí si ha tenido alguna lesion, golpes o caídas:

---

\*\*\*\*\*

Su firma \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Por favor, escribe aquí si usted está tomando regularmente alguna medicina o medicamento - aun las medicinas que no son por receta del doctor:

---

---

PARA LAS MUJERES: ¿Hay posibilidad que usted esté en estado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_