

INFORMATION DEL PACIENTE**POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE**

FECHA _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____

DIRECCIÓN DE VIVIENDA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO: CASA(____)____-____ TRABAJO(____)____-____ CELULAR(____)____-____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE _____ HOMBRE _____ MUJER _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

CASADO/A _____ SOLTERO/A _____ VIUDO/A _____ DIVORCIADO/A _____

NOMBRE DE ESPOSO/A _____ NÚMERO DE HIJOS _____ EN CASA _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE _____ EMPLEADO / ESCUELA _____

DIRECCIÓN DE EMPLEO _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ NOMBRE DE ASEGURANSA _____

ENCARGADO DE LA PÓLIZA _____ # DE POLIZA _____ # DE GRUPO _____

EMPLEO DEL ENCARGADO DE LA POLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

¿ES ELEGIBLE PARA MEDICARE? SI _____ NO _____ NUMERO DE MEDICARE _____

¿ES ELEGIBLE PARA MEDICAL? SI _____ NO _____ NUMERO DE MEDICAL _____

QUIEN LO REFIRIO _____

QUIEN ES EL ENCARGADO DE ESTA CUENTA

APELLIDO _____ NOMBRE _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____

DIRECCIÓN DE DOMICILIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO: CASA (____)____-____ TRABAJO(____)____-____ CELLULAR(____)____-____

OCUPACIÓN DEL ENCARGADO _____ NUMERO DE SOCIAL _____

EMPLEADO DEL ENCARGADO _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

¿ES ESTE INCIDENTE EL RESULTADO DE UN PREVIO ACCIDENTE? SÍ _____ NO _____

AUTO _____ TRABAJO _____ OTRO(EXPLIQUE) _____

COVERTURA ADICIONAL DE ASEGURANSA

¿TIENE EL PACIENTE OTRA ASEGURANSA? ____ SÍ ____ NO

SI EL PACIENTE TIENE OTRA ASEGURANSA POR FAVOR LÍSTELO ABAJO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____ DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE PÓLIZA _____ NUMERO DE GRUPO _____

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO:

____ USTED MISMO ____ ESPOSO/A ____ HIJO/A ____ HIJASTRO/A ____ OTRO

COMENTARIOS ADICIONALES:

ENTIENDO QUE UN CARGO DE SERVICIO DE .6677 SERÁ AGREGADO CADA MES POR BALANCES QUE NO SEAN PAGADOS POR MAS DE 60 DÍAS DE LA FECHA DE SERVICIO. EL PORCENTAJE ANUAL ES DE 0%. UN CARGO POR SERVICIO NO ES UN CARGO DE INTERÉS.

FIRMA DEL PACIENTE / ENCARGADO

FECHA

Uso de oficina solamente
Diagnosis Codes:

Onset of Illness/Accident:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

YO DOY MI AUTORIZACIÓN A DR. MYSHKA Y CUALQUIER OTRO QUIRORACTICO QUE EL ASSIGNE COMO SU ASISTENTE QUE ADMINISTREN CUIDADOS CHIIROPRÁCTICOS COMO EL CREA NECESARIO

A MÍ _____ (RELACIÓN CON EL NIÑO O NIÑA)

(NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)

FIRMA: _____

(PADRE O GUARDIÁN)

TESTIGO: _____