CHIROCAROLINA
537 West Sugar Creek Road, Suite 101
Charlotte, North Carolina 28213

Minor
Non PI

Dr. Henry Rice
Dr. Ferzaan Ali
Dr. R. Scott Saario

La Informacion del Nuevo Paciente
(Por Favor Escriba en Letra de Molde)

La Fecha de Hoy: _____/_____/_____ Espediente: _____

Nombre: _____
Premero Medio Apellido

La Dirección: _____ # de Apartamento:_____

La Ciudad: _____ El Estado_____ El Código Postal _____

Número del Seguro Social: _____ E-Mail: _____

Número de Teléfono: (_____) _____-_____ Teléfono del Célular: (_____) _____-_____

La Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ___ Género: Varón:___ Hembra ___ Estado Civil: _____

Escuela: _____

Nombre del Pariente: _____ Número del Seguro Social: _____

Patrón de Pariente: _____

La Dirección Comercial: _____

Número de Teléfono del Trabajo: (_____) _____-_____

La Fecha de Nacimiento del Pariente: _____/_____/_____

A Visto un Quiropractico antes: Sí ☐ No ☐ El Nombre del Doctor: _____

Compañía del Seguro Médico: _____(proporcione por favor una copia de su tarjeta del seguro)

A donde le duele: _____

Amigos o Familiares que puedan contactarse en caso de emergencia: _____

Su Relación: _____ Número de Teléfono: (_____) _____-_____

Es generalmente y acostumbrado pagar servicios según lo rendido a menos que esté arreglado de otra manera.

Autorizo por este medio de ChiroCarolina, (Henry E. Rice, DC/Ferzaan A. Ali, DC/R. Scott Saario, DC) para equipar a mi compañía de seguros con un informe detallado de la examinación física, diagnosis, tratamiento, y pronóstico de me en vista de mi lesión, si pedido por ellos.

Autorizo y dirijo por este medio el pago directamente al doctor dicho las sumas tales como puede ser debido en deberlo para el servicio del chiropractic me rindió. Entiendo que soy directamente y completamente responsable al doctor dicho de todas las cuentas médicas sometidas por él para el servicio rendido en mí. Este acuerdo se hace solamente para la protección adicional del doctor dicho y en la consideración de su pago que aguarda.

He leído y acuerdo ser limitado por los términos de su asignación de ventajas. Me también han aconsejado que si mi compañía de seguros no coopera en el interés del doctor dicho de protección, él no aguardará el pago pero puedo declarar este equilibrio entero debido y pagadero; estos ingresos asignados no excederán las cantidades debidas y pagaderas al doctor dicho para los servicios rendidos.

Firma Del Paciente: _____ **La Fecha:** _____

Firma Del Pariente: _____ **La Fecha:** _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE POR FAVOR COMPLETA

NOMBRE: _____ LA FECHA: _____

¿ A VISTO UN QUIROPRACTICO ANTES ? SÍ NO

¿ SI SÍ, USTED CONSIGUIÓ EL TRATAMIENTO EN NUESTRA OFICINA ? SÍ NO

¿ SI NO NUESTRA OFICINA, DÓNDE ? _____

¿ CÓMO USTED OYÓ HABLAR NUESTRA OFICINA ?

RELATIVO: _____

AMIGO: _____

DOCTOR: _____

MUESTRA DEL CAMINO: _____

CARTELERA: _____

PAGINAS AMARILLAS: _____

INTERNET: _____

OTRO: _____

¿ USTED CONSULTÓ A ABOGADO ? NOMBRE: _____

¿ QUIÉN REFIRIÓ A ESTE ABOGADO A USTED ?

RELATIVO: _____

AMIGO: _____

OTRO: _____

Seguro Médico

____ No tengo seguro médico.

____ Tengo seguro médico y deseo para tenerlo archivado si incluye cobertura del quiropráctica.

____ Tengo seguro médico pero elijo no tenerlo archivado para esta problema médico. He provisto del mostrador una copia de mi tarjeta del seguro en el acontecimiento mi abogado o el portador de seguro del automóvil no puede rendir el establecimiento completo de mi cuenta médica. Entiendo más lejos que el equilibrio restante será mi responsabilidad, si elijo no archivar mi seguro médico.

CHIROCAROLINA
537 West Sugar Creek Road
Charlotte, North Carolina 28213

Dr. Henry E. Rice
Dr. Ferzaan A. Ali
Dr. R. Scott Saario

Número De la Oficina: (704) 598-8040
Número De Fax: (704) 509-0915

CONSENTIMIENTO AL CONVITE UN MENOR DE EDAD

El Nombre del menor de edad: _____ La Fecha: _____

La Dirección del menor de edad: _____

_____

La Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el infrascrito, atestiguan que soy el padre de la custodia o el guarda legal del menor de edad anteriormente mencionado ("el menor de edad"), y autorizan por este medio la clínica del quiropráctica de Charlotte a administrar mientras que juzga tan necesario al menor de edad. En caso que el menor de edad haya recibido el tratamiento en su práctica anterior a la fecha de esta forma del consentimiento, autorizo por este medio tal tratamiento además del tratamiento mencionado arriba. Autorizo más lejos a menor de edad a terminar y a firmar cualquier documento en la clínica del quiropráctica de Charlotte que se terminen y firmado acostumbradamente por los pacientes en su práctica como condición al tratamiento, y tales firmas servirán como mis el propio. En ningún acontecimiento mi firma a cualquier otro tal documento tendrá cualquier efecto en esta forma del consentimiento.

Nombre completo del guarda de la custodia de Parent/Legal (imprima y deletree por favor claramente):

_____

La Relación al menor de edad:

_____ El Padre De la custodia _____ El Padre adoptivo con custodia

_____ El guarda por ley si es así tutela de la fecha comenzó: _____

El Otro (especifique): _____

El Número de Seguridad Social del padre o del guarda: _____

La Fecha de nacimiento del padre o del guarda: _____

La Dirección del padre o del guarda: _____

_____

Número De Teléfono: (_____) _____-_____

Número De Teléfono del Trabajo: (_____) _____-_____

La Firma del padre o del guarda: _____

El Testigo:_____