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

Adult
Non-PI

Dr. Henry E. Rice
Dr. Ferzaan A. 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 de la Licencia: _____

Número del Seguro Social: _____ E-Mail: _____

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

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

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

La Dirección Comercial: _____

Nombre del Esposo(a): _____ Número del Seguro Social: _____

Patrón de Esposo(a): _____

La Dirección Comercial: _____

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

La Fecha de Nacimiento del Esposo(a): _____/_____/_____

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 la clínica del quiropractica de Charlotte, (Henrio 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:** _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE POR FAVOR COMPLETA

NOMBRE: _____ LA FECHA: _____

¿ A VISTO UN QUIROPRACTICO ANTES ?

SÍ: _____

NO: _____

¿ SI SÍ, USTED CONSIGUIÓ EL TRATAMIENTO EN NUESTRA OFICINA ? _____

¿ SI NO NUESTRA OFICINA, DÓNDE ? _____

¿ CÓMO USTED OYÓ HABLAR NUESTRA OFICINA ?

RELATIVO: _____

AMIGO: _____

DOCTOR: _____

MUESTRA DEL CAMINO: _____

CARTELERA: _____

PAGINAS AMARILLAS: _____

INTERNET: _____

OTRO: _____

.....

En referencia a su seguro médico: (elija por favor uno y la inicial en la línea)

_____ 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 este injury/illness. Usted necesitará pagar cada visita en la época del servicio.