

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Fecha: _____

Nombre _____ Telefono (casa) _____

Direccion _____ Ciudad/Estado/CP _____

Edad _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Estado civil: S C D V Numero de hijos _____

Seguro social _____ Numero de licencia _____

Email _____ Telefono celular _____

Ocupacion _____ Empleador _____

Direccion _____ Telefono (trabajo) _____

Contacto de Emergencia _____ Telefono _____

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA? _____

Tiene usted...? (Marque todo lo que corresponda)

- Dolor de cuello
- Dolor de cintura
- Dolores de cabeza
- Dolor/Hormigueos en el brazo
- Dolor/Hormigueos en la perna
- Migrañas
- Presion alta
- Alergias
- Desmayos/mareos
- Nerviosismo
- Adormecimiento de algun extremo
- Diabetes

Razon por esta visita _____

Ha recibido cuidado quiropractico anteriormente? SI NO Cuando fue su ultima visita? _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Compania de seguro _____ Telefono _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____/ Reclacion _____

Numero de poliza y grupo _____ Empleador del asegurado _____

Esta cita tiene relacion con un accidente automovillistico o de trabajo? SI NO Fecha de accidente? _____

Abogado (si corresponde) _____ Telefono _____

Como pagara por su cuidado? Contado Cheque Targeta de credito

Segun yo sepa, lo susodicho es correcto.

(firma)

fecha