

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha _____ No. de telefono _____
Nombre del paciente _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo []M []F
Estado Marital []Soltero/a []Casado/a []Viudo/a []Divorciado/a []Separado/a
No. de seguro social _____ No. de licencia de manejar _____
Su condicion es resultado de un []Accidente de auto, fecha _____ []Accidente en el
trabajo, fecha _____ []Otro _____

Nombre de su compania _____ Ocupacion _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
No. de telefono _____

Nombre de su esposo/a _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____
Nombre de su compania _____ Ciudad _____ Estado _____
Codigo postal _____ No. de telefono _____

Nombre de su aseguranza _____ Telefono _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____
Codigo postal _____ No. de su poliza _____
Tiene su esposo/a co-aseguranza que le cubra a Ud.? []No []Si
Nombre de la seguridad _____ Telefono _____

Honorarios, quien pagara los costos de su tratamiento? []Yo []Otro _____
(Por favor lea la parte de atras de esta hoja: poliza de esta clinica)
Como va a pagar hoy? []Efectivo []Cheque personal []Tarjeta de credito

Informacion Medica/legal Quien lo refirio a esta clinica? _____
Sintomas de su condicion: _____
Enfermedades que Ud. padece: _____
Esta Ud. embarazada? []Si []No. Tiene implantos metalicos? []Si []No.
Usa marcapaso? []Si []No. Tiene diabetes? []Si []No. Presion alta? []Si []No.
Nombre de su medico familiar _____ Telefono _____
Tiene Ud. un abogado? []No []Si, Nombre _____
Direccion _____ Telefono _____

Assignment and release

I, _____, have insurance coverage
with _____ and assign directly to Martinez Chiropractic Center, P.C.
all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible
for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctors to release information necessary to secure
payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions.

Signature of insured/guardian

Date