



**PATIENT INTAKE FORM**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_

CIUDAD,ESTADO,C.POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F CELULAR \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ ESTADO MARITAL \_\_\_\_\_ NSS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCION DE EMAIL \_\_\_\_\_ REFERIDO POR \_\_\_\_\_

EMPLEO DIRECCION Y TELEFONO \_\_\_\_\_

ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ EMPLEO Y TELEFONO \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

TEL.CASA \_\_\_\_\_ TEL.TRABAJO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

Entiendo que la Clínica Quiropráctica Midway buscará pago por los cargos medicos mayores ó algunas otras covertures del seguro.Sino hay cobertura disponible, yo autorizó a mi abogado pagar los servicios medicos de mis deudas pendientes debido a \_\_\_\_\_.Si no hay recuperacion de mi parte, yo acepto responsabilidad total de mis cargos, y autorizó a esta oficina revelar cualquier información de mi caso como paciente, a cualquier aseguranza ó abogado, para facilitar la colección de los cargos.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

**PRIMARY DOCTOR** \_\_\_\_\_

TYPE OF FILE: AUTO \_\_\_\_\_ WORK COMP \_\_\_\_\_ MM/MC/MA \_\_\_\_\_ CASH \_\_\_\_\_ OTHER \_\_\_\_\_

INSURANCE COMPANY \_\_\_\_\_ INSURED NAME \_\_\_\_\_

PT. RELATIONSHIP TO INSURED \_\_\_\_\_

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP \_\_\_\_\_

CLAIM # \_\_\_\_\_ DATE OF INJURY \_\_\_\_\_

CONTACT PERSON \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

EMPLOYER AT TIME OF WORK COMP INJURY \_\_\_\_\_

ATTORNEY NAME \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_