# 1TOLMAN CHIROPRACTIC

4645 S. Midland Dr., West Haven, UT 84401

## Registracion

Paciente_____ Edad_____ Fecha de nacimiento_____ Sexo: ___Mascu ____Femen
Apellido Nombre Inicial

# Telefono/dia:_____ # Telefono/noche:_____ # Celular: _____ E-Mail_____

# de calle: _____Ciudad:_____Estado:_____Codigo Postal_____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a/ Divorciado/a # de Seguro Social_____ u otro # de Id:_____

**Condicion Causa a: Accidente Automovil Dano causa del trabajo Otro Dano/Enfermedad Bienestar Desconocido**

| | |
|---|---|
| **Empleo** | Nombre de compania_____ ocupacion_____<br>Direccion_____ Telefono_____<br>Ciudad_____Estado_____Codigo Postal_____ Horas de trabajo _____ |
| **Esposo(a)** | Nombre_____ Ocupacion_____ |
| **Informaciond el seguro medico** | **Seguro medico (si tiene tarjeta favor de permitirnos una copia)**<br>Seguro_____ Nombre del asegurado_____<br>Relacion_____ # de poliza_____ #de identificacion_____<br>Seguro Secundario_____ #de identificacion_____ |
| **Informacion medica y legal** | Nombre de su doctor_____Localizacion_____<br>Persona a quien llamar en caso de emergencia_____#de telefono_____ |
| **Contrato del paciente** | **Senalamiento y descargo**<br>Yo autorizo el descargo de mi informacion incluyendo diagnosis y documentacion de tratamiento dado a mi o a mi dependiente durante el tiempo que fue proveido, al medico o a un tercer partido. Yo autorizo y hago peticion que mi compania de seguro medico haga pago a Tolman Chiropractic directamente por servicios provistos. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos hechos por Tolman Chiropractic aun cuando fue rechazado por el tercer partido. Yo estoy de acuerdo en pagar un cargo adicional de 1.5% por mes ademas de un cargo de $25.00 a Tolman Chiropractic por todas las cuentas delincuentes que se han pasado mas de 60 dias. Si alguna accion legal es necesaria para enforzar los terminos de este contrato o si es necesario emplear los servicios de un abogado para ejecutar los terminos de este contrato, el partido negligente o el que defecto este contrato, esta de acuerdo a pagar el costo del abogado y la corte del otro partido y algun otro costo causado por este proceso. Como tal estoy de acuerdo en pagar todos los costos causados a Tolman Chiropractic en intentos de cobrar esas cuentas de mi. Yo he leido, entiendo y estoy de acuerdo a la sumision al seguro medico y tambien para obtener informacion cuando sea considerado necesario.<br><br>_____ _____<br>Firma del paciente o guardian fecha |

**A quien le podemos agradecer la referencia a nuestra oficina ? _____**

**o por favor nos dice como nos encontro? Paginas amarillas _____ letrero_____ anucio _____ otro_____**

**Poliza de cuenta de la clinica : se requiere pago por todas las visitas al tiempo de servicio y puede ser pagado por efectivo, cheque o tarjeta de debito y credito. Pago avanzado o pago al momento de servicio es elegible para un descuento de cuentas sin cargo. Si su seguro medico cubre cuidado cuidado quiropractico nosotros podemos someter la cuent al seguro por usted. Usted debe pagar el deducible o el co-pago si es applicable al tiempo de servicio. Si necesita asistencia o necesita hacer arreglos especiales por favor hable con la recepcionista o algun asociado en nuestra oficina.**.

"El doctor del futuro no va a dar medicina sino que interesara a sus pacientes en el cuidado del cuerpo humano, en dieta y en la causa y prevencion de enfermedad ."

– Thomas Edison