

**FORMULARIO DE INICIACION PARA UN PACIENTE NUEVO**

*Por favor llene todas las secciones legiblemente y firme a continuación*

Fecha: \_\_\_\_\_

**Personal**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Sobrenombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Género: H M  
Estado marital: S C D Sep. V Nombre de cónyuge: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Tel. Casa ( ) \_\_\_\_\_ # Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
# Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Compañía de Celular: \_\_\_\_\_  
Desea recibir mensajes de texto, por ejemplo, para recordarle sus citas? Si No  
Referido/a por: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_

**Información de Dolencia/Accidente:**

Sufrió algún accidente o lesión? Si No Si es afirmativo, en qué fecha? \_\_\_\_\_  
Ocurrió en el trabajo? Si No Ocurrió en un automóvil? Si No

**Problemas de Salud:**

1er problema: \_\_\_\_\_

2do problema: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Le ha pasado antes? Si No Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

Ha obtenido tratamiento quiropráctico antes? Si No Si es afirmativo, cuándo? \_\_\_\_\_

Lo examinaron? Si No Le tomaron radiografías? Si No

Nombre del quiropráctico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Razón por la que vino a consulta a ésta oficina (marque la que aplique)**

\_\_\_\_\_ Estoy interesado/a en mejorarme y mantenerme bien

\_\_\_\_\_ Estoy interesado/a en obtener alivio temporal solamente

\_\_\_\_\_ Quisiera que el doctor me de recomendaciones

\_\_\_\_\_ Estoy aquí solamente para una consulta gratuita

**Es el paciente un menor de edad? Si es así, por favor llene un formulario de iniciación para Menores**

**Procesamiento de Seguro:** Nosotros generaremos las facturas por usted para mandarlos a su aseguranza médica para que le reembolsen su dinero. Por favor provea la información a nuestro personal.

**Acuerdos Financieros**

La consulta inicial es sin costo alguno. A partir de esa consulta, el Dr. Miller hará recomendaciones para hacer una evaluación diseñada para cada situación personal. La norma en nuestra oficina es que el paciente pague por cualquier servicio que se le rinda después de la consulta inicial en todos los casos. El paciente es ultimadamente el responsable por el pago independientemente del tipo de cuenta que tenga. Si en algún momento atraviesa un problema económico, por favor traigalo a nuestra atención pronto para poderle ayudar.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_