

Healthy Back Chiropractic - Patient Information

1707 Lansing Ave. NE Salem, OR 97301

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de seguridad social _____ Correo Electrónico _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Móvil _____

Hombre Mujer // Menor de Edad Soltero/á Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a del Cónyuge

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Paciente's or padre/tutor's empleador _____ Teléfono _____

Dirección Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿A quien le agradecemos la referencia? _____

Persona a contactar en caso de emergencia _____

Teléfono _____

En caso de una emergencia médica, si el paciente tiene más de 15 años de edad escolar, se puede tratar en mi ausencia.

Padre o Tutor _____ Fecha _____

La Persona Responsable ¿Es la persona actualmente un paciente en nuestra oficina? Sí No

Nombre de la persona responsable _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Móvil _____

Correo Electrónico _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Tienes algún seguro? No Sí Compañía de Seguros _____

¿Tiene un seguro secundario? No Sí Compañía de Seguros _____