PATIENT INFORMATION

PATIENT NAME/ NOMBRE DEL PACIENTE		MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL S/S M/C W/V D/D		
ADDRESS/ DOMICILIO	CITY/ CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
CELL#/CELULAR	HOME PHONE/TELEFONO		WORK PHONE/TEL DEL TRABAJO	
BIRTHDATE/ NACIMENTO (MO/MES, DAY/DIA, YEAR/ANO	AGE/EDAD	SEX/SEXO	SOCIAL SECURITY/#DE S.S.	CDL#/LICENCIA
EMPLOYER/NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO	OCCUPATION/ OCUPACION		EMAIL ADDRESS	
ADDRESS/ DOMICILIO	CITY/ CIUDAD	STATE/ ESTADO	ZIP CODE/ ZONA POSTAL	
IF PATIENT IS A MINOR, NAME OR PERSON RESPONSIBLE (PARENT, GUARDIAN) SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSIBLE (PADRE, TUTOR)				
NAME/ADDRESS/TELEPHONE # OF FRIENDS/RELATIVES TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY (OTHER THAN PATIENT) NOMBRS/DOMICILIO/TELEFONO DE AMIGOS/PARIENTES PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL PACENTE)				
REFERRED BY/REFERIDO POR				
DATE OF ACCIDENT/ FECHA DE ACCIDENTE	HOUR/ HORA	CITY/ CIUDAD		
NAME OF ATTORNEY/ NOMBRE DEL ABOGADO	ATTORNEY'S TELEPHONE#/ TELEFONO DEL ABOGADO			
ADDRESS/ DOMICILIO	CITY/ CIUDAD	STATE/ ESTADO	ZIP CODE/ ZONA POSTAL	
MEDICAL INSURANCE CO/ NOMBRE DE SU SEGURO MEDICO	MEMBER ID#/ # DE POLIZA	GROUP#/ #DEL GRUPO		
SUBSCRIBER NAME/ NOMBRE DEL ASSOURADO	SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DEL SEGURO SOCIAL			

SPOUSE/ESPOSO(A) BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO (MO/MES, DAY/DIA, YEAR/ANO) AGE/EDAD

SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DEL SEGURO SOCIAL CDL#/ LICENCIA BEEPER#/ #BEEPER

EMPLOYER/NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO TELEPHONE #/ # DE TELEFONO OCCUPATION/OCUPACION

AGREEMENT AND CONSENT FOR TREATMENT/ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

I HEREBY AGREE CONSENT AND AUTHORIZE MEKHAEL CHIROPRACTIC.AND/OR ITS EMPLOYEES TO ANY AND ALL MEDICAL, ACUPUNCTURE, CHIROPRACTIC, PHYSICAL, HAND OR AQUATIC TREATMENT, FCE, WHICH THEY CONSIDER NECESSARY AND/OR ADVISABLE FOR MY PHYSICAL AND MENTAL CONDITION. I HAVE RECEIVED VERBAL AND WRITTEN INFORMED CONSENT REGARDING MANIPULATION AND ITS RISKS.

YO POR LA PRESENTS, ESTOY DE ACUERDO, CONSTENTO Y AUTORIZO A MEKHAEL CHIROPRACTIC, Y A SUS EMPLEADOS A CUALQUIERY A TODA CLASE DE TRATAMIENTO MEDICO, ACUPUNTURA, QUIROPRACTICA, TERAPIA PISICA, TERAPIA PARA LAS MANOS, FCE, Y ACUATICA QUE TOTAL REHAB CONSIDER NECESARIO O ACONSEIABLE FARA MI CONDICION FISICA O MENTAL. YO RECIBIO CONSENTO PARA MANIPULACION.

SIGNATURE/FIRMA _____ DATE/FECHA _____