# INFORMACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

Este formulario DEBE completarse en su totalidad

La fecha de hoy:_____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio:_____ Ciudad:_____ Código postal:_____

Casa#:_____ Trabajo#:_____ Celular#:_____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación:_____ Empleador:_____

Compañía de seguros:_____

Identificación del Seguro:_____ Número de grupo:_____

Médico remitente:_____ Médico de cabecera:_____

Si este es el seguro de su cónyuge / padre, necesitamos lo siguiente:

_____ _____ _____

Nombre del Padres / Esposo Fecha de Nacimiento Número de teléfono

¿Está esto relacionado con el trabajo / compensación laboral? ( ) Si ( ) No Fecha de la lesion:_____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

( ) Consultorio medico ( ) Internet ( ) Medios sociales ( ) compañía de seguros

Recomendación (Si es así, ¿a quién podemos agradecer?): _____

Contacto de emergencia: _____ _____ _____

Nombre Relación Número de teléfono

## Renuncia

Tenga en cuenta que durante sus sesiones de tratamiento, todas las discusiones pueden transcribirse con el único propósito de documentación médica. Esta transcripción se utilizará para registrar con precisión los detalles de su atención con fines clínicos y administrativos, y permanecerá confidencial de acuerdo con las regulaciones de privacidad (por ejemplo, HIPAA en los Estados Unidos). Al continuar con la sesión, usted reconoce y da su consentimiento para el registro de su información para estos fines. Si tiene alguna pregunta o inquietud, informe al proveedor antes del inicio de la sesión.

---

*Estaremos encantados de facturar a su seguro **como cortesía**. Si el pago no se recibe dentro de los 60 días, recibirá una factura desde nuestra oficina. Tendrá 30 días para hacer un seguimiento con su compañía de seguros. Después de 90 días serás responsable de pagar cualquier saldo impago. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de cobrar un cargo de hasta $ 50.00 Para cualquier cita "no presentada" o citas canceladas sin previo aviso de 24 horas. Al firmar a continuación, confirmas que ha leído, comprende y está de acuerdo con estos términos.*

_____ _____

**Firma** (padre si el paciente es menor de edad) **La fecha de hoy**

***Para facturar a su seguro, DEBEMOS obtener una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de seguro***