

Chiropractic Care & Massage Therapy

Dr. Marc V. Bowers DC CCSP

777 N 500 W Suite 205, Provo, Utah 84601
(801) 377-0898 www.chiropracticprovo.com

PATIENT REGISTRATION

Registración del Paciente

PATIENT INFORMATION						
Información del Paciente						
Date <i>Fecha</i>	Telephone (home) <i>Teléfono (casa)</i>		(Cell) <i>(Celular)</i>			
Patient's name (last) <i>Nombre del paciente (apellido)</i>			(first) <i>(nombre)</i>			
Address <i>Dirección</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip <i>Código postal</i>		
<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	Age <i>Edad</i>	Date of birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Social Security <i>Seguro Social</i>		
Spouse's name <i>Nombre de esposo</i>		<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viudo</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Separado</i>
In case of emergency, contact <i>En caso de emergencia, contactar a</i>			Relationship <i>Relación</i>	Telephone <i>Teléfono</i>		
Referred by <i>Referido por</i>		<input type="checkbox"/> Yellow pages <i>Páginas amarillas</i>	<input type="checkbox"/> Website <i>Sitio del internet</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>	_____	
Parents' address (for students) <i>Dirección de los padres (para estudiantes)</i>			City, State, Zip <i>Ciudad, Estado, código postal</i>			
WORK INFORMATION						
Información del Trabajo						
Employer <i>Empléo</i>		Work phone <i>Teléfono del trabajo</i>				
Employer's address <i>Dirección del trabajo</i>		City, State, Zip <i>Ciudad, Estado, Código postal</i>				
INSURANCE INFORMATION						
Información del Seguro						
Condition related to <i>Condición relacionada al</i>		<input type="checkbox"/> Employment <i>Empléo</i>	<input type="checkbox"/> Auto <i>Automóvil</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>	Date of injury <i>Fecha de lesión</i>	
Policy holder's name <i>Nombre del asegurado</i>		Date of birth <i>Fecha de nacimiento</i>		_____ / _____ / _____		
Insurance company <i>Compañía de seguros</i>			Telephone <i>Teléfono</i>			
Billing address <i>Dirección de la facturación</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip <i>Código postal</i>		
ID or claim number <i>Número de ID o de caso</i>	Group number <i>Número de grupo</i>		Effective date <i>Fecha que tomó efecto</i>			
ASSIGNMENT AND RELEASE						
Asignación de Beneficios Médicos y Autorización para Proveer Información Médica						
Yo, el beneficiario, tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Marc V. Bowers todos los beneficios médicos que haya, que sin esta asignación serían pagados a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independiente de si sean pagados por el seguro o no. Yo autorizo por este medio al doctor que dé toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios dados. Yo autorizo al doctor que utilice mi firma en todas las sumisiones del seguro. Yo he tenido la oportunidad de ver y/o de recibir una copia del Aviso de Política de Privacidad.						
Firma		X _____		Fecha _____ / _____ / _____		