



SOUTHEAST CHIROPRACTIC

THE *MOTION* CENTERS

Información Personal y Confidencial Del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
(Primero) (Del Medio) (Ultimo)

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Numero de teléfono _____ Celular _____ Empresario _____

Ocupación _____ Telefono de trabajo _____ Fecha de Nacimiento _____

Hombre/Mujer Marital Posición _____ Numero de hijos _____ Numero de Social Seguridad _____

¿Como escuchó de nuestra oficina? _____ Correo electrónico _____

Nombre de esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de trabajo de esposo(a) _____ Telefono _____

Nombre de familiar que no vive con usted _____ Teléfono _____

¿ Cual es el proposito de su visita? _____

¿Que hace su condición mejor? _____ Peor? _____

¿ Ha tenido cuidado quiropractico antes? SI NO Donde? _____

Nombre de us Doctor primario _____

Información De Consentimiento De Tratamiento Quiropractico

Yo le doy mi consentimiento para que se lleven acabo los procedimientos y ajustamientos de la chiropractica en mi, (O en el paciente nombrado arriba por el cual yo me hago legalmente responsable). El Dr. Michael Silver, Dr. Jodie Silver o Dr. Richard Snyder y ó otros medicos con licencia de Quiropractica, seran los que ahora y en el futuro me atenderan en esta oficina. Esto incluye aquellos empleados por, trabajan para ó son asociados con el **SouthEast Chiropractic: The Motion Centers.**

Yo entiendo y ahora estoy informado que asi como en la practica de medicina, en la practica de la quiropractica hay ciertos riesgos, incluyendo fracturas, dislocaciones y condiciones que puedan agravar mi condición. Yo entiendo que voy a tener la oportunidad de hablar con el doctor y con su equipo de personal del proposito de querer recibir los cuidados. Yo entiendo que el doctor hara una serie de exámenes para minimizar cualquier riesgo. No espero que el doctor sepa con anticipo los riesgos y complicaciones que puedan ocurrir y por eso confio en el doctor y en su equipo, que tendran su mayor interes en el curso de mi tratamiento.

Yo he leído o se me fue explicado este consentimiento. Tambien tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este, y al firmar abajo, accedo a los procedimientos e intento con este consentimiento cubrir todo el curso de tratamiento de mi condición presente y de alguna otra condición que se presente en un futuro de la cual me puedan asistir.

Firma del Paciente (del Guardian) _____ Fecha _____